This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in München, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B., Professor Dr. Menge in Heidelberg, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Max Graefe

in Halle a. S.

Band VII.

Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1908.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN 28 1921
LIBRARY
CATALOGUED
JUN 28 1921
M. E. C.

Inhalt.

Ekstein, Dr. **Emil**, in Teplitz. **Nur gebildete Hebammen!**

Queisner, A. H., in Bromberg. **Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.**

Bäcker, Dr. **J. Die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien.**

Ekstein, Dr. **Emil**, in Teplitz. **Die puerperale Infektion in forensischer Beziehung.**

Zangemeister, Privatdozent Dr. **W.**, Königsberg i. Pr. **Die Bedeutung der Cystoskopie für die Gynäkologie.**

Graefe, Sanitätsrat Dr. **M.**, in Halle a. S. **Zur Frage der Dauerheilung nach Operation des Cervixkarzinoms in der Schwangerschaft.**

Graefe, Sanitätsrat Dr. **M.**, Halle a. S. **Ueber abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus.**

Bokelmann, Sanitätsrat Dr. **W.**, in Berlin. **Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten.**

Knorr, Dr. **R.**, in Berlin. **Zur Diagnose und Therapie der Nieren-Blasentuberkulose bei der Frau.**

Baumm, Direktor Dr. **P.**, in Breslau. **Beiträge zu neueren therapeutischen Maßnahmen in der Geburtshilfe.**

Graefe, Sanitätsrat Dr. **M.**, in Halle a. S. **Ueber Parametritis posterior und ihre Behandlung.**

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis.
Herausgegeben von
Dr. Max Graefe in Halle a. S.
VII. Band, Heft 1.

Nur gebildete Hebammen!

Von
Dr. Emil Ekstein,
Teplitz.

Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Von
A. H. Queisner,
Bromberg.

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 1,—.

Digitized by Google

Im Verlage von **Carl Marhold** in **Halle a. S.** erscheint fortlaufend:

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

„ 3. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie. Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**, Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benckiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—.

„ 8. **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influenza und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Elermann**, Dr. **Arn.**, in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. **C. von**, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. **R.**, in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. **Frz.**, in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Graviditāt. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**. in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis". Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Torggler**, Prof Dr. **Franz**, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. **J.**, in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. **E.**, in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Welsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhaber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. **P.**, in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. **Alb.**, in Frankfurt a. M. Ueber Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. **H**, Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Band V.

„ 1. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis. Preis ℳ 1,20.

„ 2. **Gräfe**, Dr. **M.**, in Halle a. S. Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung. Preis ℳ 0,60.

„ 3/4. **Keller**, Dr. **C.**, in Berlin. Ueber den jetzigen Stand der Lehre der Tubenschwangerschaft. Preis ℳ 2,60.

„ 5. **Wegscheider**, Dr. **M.**, in Berlin. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. ℳ 0,80.

„ 6. **Klix**, Dr., prakt. Arzt in Prechlau, Westpr. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Bokelmann**, Dr. **W.** Über die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen. Preis ℳ 1,—

„ 8. **Winter**, Professor Dr. **G.**, in Königsberg i. Pr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Preis ℳ 0,80.

Digitized by Google

Nur gebildete Hebammen!

BOSTON MEDICAL
JUN 28 1921
LIBRARY
Von

Dr. **Emil Ekstein**
Teplitz.

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B., Professor Dr. Menge in Erlangen, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Dr. Max Graefe
in Halle a. S.

VII. Band, Heft 1.

Digitized by Google

Nur gebildete Hebammen!

Von

Dr. Emil Ekstein, Teplitz.

Es ist das erste Mal, soweit mir bekannt, dass bei dem gegenwärtig akuten Stadium der Frauenbewegung auch die Hebammenfrage angeschnitten wurde. Hulda Maurenbrecher tat dies in einer Broschüre: Gebildete Hebammen? Ein Beitrag zur Frauen-Berufsfrage (Felix Dietrich's Verlag, Leipzig).

Ganz verschiedentliche Empfindungen sind es, die einem bei der Lektüre dieser Broschüre überkommen und bei der Wichtigkeit der in dieser Broschüre behandelten Fragen empfiehlt es sich vom fachmännischen sowohl, als vom frauenrechtlerischen Standpunkte dieses Thema an der Hand der fünf Abschnitte der Broschüre H. M.'s einmal durchzusprechen. Wenn ich von verschiedentlichen Empfindungen bei der Lektüre dieses Buches sprach, so will ich eine diesbezügliche Erklärung vorweg geben. Es bleibt unverhohlen anerkennenswert, dass H. M. die sich einmal für diese Frage interessierte, mit vielem Verständnis von einem eigenen Standpunkte aus diese Frage behandelt und geradezu aus sich herausgehend mit Freimut sich der Behandlung derselben annimmt. Ihr Quellenstudium ist einwandfrei, kurzum, die Durchführung des ganzen Themas lässt von dem Standpunkte der Verfasserin aus nichts zu wünschen übrig, bis auf einen Punkt, und das ist der, ob der Standpunkt von dem aus H. M. diese Frage behandelt, auch für die Lösung der Hebammenfrage der ganz richtige ist, und ob die Konsequenzen die H. M. dabei für die Lösung dieser Frage zieht, eine logische Berechtigung haben. Ich behaupte, dass der Standpunkt H. M.'s dieser zu Frage und dessen Lösung ein unrichtiger ist und die Konsequenzen daher auch falsche sind; andereits liegt kein Grund

Digitized by Google

vor, die Wahrheit der Schilderungen und Ausführungen H. M.'s zu bezweifeln, insofern sie die gegenwärtig bestehenden Verhältnisse des Hebammenstandes betreffen.

Es wird mir also obliegen in meinen Ausführungen den Nachweis zu erbringen, dass „nur gebildete Frauen" als Hebammen berufen erscheinen, und dass der edelste Beginn und die herrlichste Frucht der gegenwärtigen Frauenbewegung damit gezeitigt würden, wenn dieser Forderung durch jene Genüge geleistet würde, ja ich gehe noch einen Schritt weiter, wenn die angestrebte Neuorganisation der gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene Aktualität in der Frauenbewegung selbst finden würde.

Notgedrungen müssen wir uns die bedeutsame Frage vorlegen, was ist denn damit gemeint, wenn von so viel Seiten der Wunsch gehegt wird, „nur gebildete Frauen" als Hebammen zu besitzen. Ich beschäftige mich bereits 14 Jahre mit dem Studium der Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene und habe in dieser Zeit die mir zugängliche Literatur gelesen. Alle Autoren auf diesem Gebiete verlangen zwar gebildete Frauen als Hebammen, aber keiner der Autoren hat sich über diese verlangte Bildung etwas eingehender ausgesprochen.

Es ist eine bekannte Tatsache, dass heute für jedes Berufsstudium eine gewisse Vorbildung verlangt wird, die als Befähigungsnachweis für den zu erlernenden Beruf erbracht werden muss. So wissen wir, dass zum Beginnen aller akademischen Berufsstudien eine Vorbildung verlangt wird, die nach Absolvierung eines Gymnasiums oder einer Realschule erlangt wird. Wir wissen auch, dass bei dem Massenangebot von Arbeitskräften in allen Berufen diejenigen den Vorzug geniessen, die neben ihrer sonstigen Eignung eine gewisse Bildung mitbringen, die eben zum besseren Fortkommen heute in jedem Berufe notwendig ist. Die Zeiten sind eben vorüber, wo Lesen, Schreiben und Rechnen allein ausreichen, den Kampf ums Dasein erfolgreich aufnehmen zu können. Selbst das Handwerk erfordert heute einen gewissen Bildungsgrad und sorgt durch Abendkurse für eine Erweiterung und Vertiefung dieser Bildung, um den goldenen Boden für sich zu gewinnen und zu erhalten.

Digitized by Google

Unser ganzes Kulturleben hat durch die überraschenden theoretischen Fortschritte und deren praktische Verwertung eben ein ganz neues Gepräge erhalten, und in Folge dessen stellt das Leben an und für sich an den Einzelnen, wie an die Gesamtheit Anforderungen, denen nur durch höhere Bildung entsprochen, andererseits wiederum nur durch eine höhere Bildung all die Möglichkeiten, die das Leben bietet, in richtiger Weise erfasst werden können.

Um all diese elementaren Wandlungen, wie sie sich im Laufe des letzten Jahrhunderts auf allen Gebieten vollzogen haben zu begreifen und aus ihnen die nötigsten Konsequenzen zu ziehen, dazu gehört vor allem Verstand gepaart mit allgemeiner Bildung, die höchsten Güter des Menschen Der Mensch kann also füglich nur als ein gebildeter Mensch betrachtet werden, der vermöge seiner geistigen Vollkommenheit dem Zeitgeiste folgen, d. h. Schritt halten kann mit dem kulturellen Aufschwunge. Das ist aber nur dann möglich, wenn seine Geistesbildung in logisch harmonischer Weise und in systematischem Zusammenhang auf allen Gebieten jenes Wissens sich erstreckend entwickelt hat, wodurch die sogenannte „universelle Bildung" eben begründet wird. Bei der Spezialisierung aller unserer Wissenschaften und Berufe tritt natürlich die spezielle Fachbildung immer mehr in den Vordergrund; stets aber setzt dieselbe einen gewissen Grad von universeller Bildung zu ihrem vollen Verständnisse voraus. Diese universelle Bildung soll nun in unseren Schulen erlangt werden; Details über universelle Bildung im allgemeinen zu besprechen und die pädagogische Seite dieser Frage zu erörtern ist nicht meine Absicht. Und wenn auch „non scholae sed vitae discimur" bei der gegenwärtigen Strömung in unserem Schulwesen als einzig richtige These nicht gerade volle Geltung besitzt und unsere Jugend viel zu viel altbackenes Brod kauen muss und dabei das frische Brod des aktuellen Lebens zu kauen und zu verdauen nicht in der entsprechenden Weise lernt, so pflegen wir Europäer im gewöhnlichen Leben als gebildete Menschen κατεξοχην diejenigen zu betrachten, die mit dem nötigen Erfolge ein Gymnasium oder Realschule absolviert, d. h. also eine humanistische oder realistische Ausbildung

Digitized by Google

genossen haben. Der auf 8 resp. 7 Jahre verteilte Lehrstoff genannter Anstalten repräsentiert das Wissen, das nach modernen Begriffen und nach staatlicher Vorschrift eine systematische Allgemeinbildung verleihen soll.

Um aber meinem Thema näher zu kommen, muss ich darauf hinweisen, dass der Staat, dessen Aufgabe es ja ist, für die Bildung seiner Völker Sorge zutragen, dabei in vieler Beziehung vieles zu wünschen übrig lässt, was zu tun im Sinne eines fortschrittlichen Zeitgeistes direkt indiciert wäre. Ohne von den vielen diesbezüglichen Unterlassungen zu sprechen, soll nur eines Umstandes gedacht werden, der darin besteht, dass für die gleichmäßige Bildung der beiden Geschlechter vom Staate in einer höchst ungleichwertigen Weise gesorgt wird. Das „taceat mulier in ecclesia“ ist dem Staate immer noch starre These geblieben und nur in langsamen Tempo und harten Ringen ist es der Frauenbewegung gelungen, hier einigen Wandel zu schaffen. Staatliche höhere Bildungsstätten für das weibliche Geschlecht fehlen in erschreckend grosser Zahl und diejenigen welche vorhanden sind, sind nur den Reichen zugänglich. Ohne mich über diese Ungerechtigkeit des Staates gegen das weibliche Geschlecht auszusprechen, ohne für Koedukation der männlichen und weiblichen Jugend eine Lanze brechen zu wollen, bin ich auf dem Punkt angelangt, um auf das eigentliche Thema direkt übergehen zu können.

Wir verlangen nur gebildete Frauen als Hebammen! Was kann das für eine Bildung sein, die unter den heutigen Verhältnissen von den Frauen verlangt werden kann? Genügt etwa die Absolvierung einer Volks- und Bürgerschule, die heute allgemein zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht gefordert wird, und die lediglich als staatliche Bildungsanstalten unseren Mädchen zur Verfügung stehen, um nur annähernd eine universelle Bildung zu erhalten? Da muss mit einem entschiedenen Nein geantwortet werden. Nachdem das Gros unserer weiblichen Jugend mit Absolvierung dieser genannten Schulen mit ihrer Ausbildung eben fertig sind, welchen Bildungsgrad kann dieselbe da also erreichen? Es kann nur ein höchst minderwertiger sein, umsomehr als diesem Bildungs-Werdegang der systematische, harmonisch gegliederte Zusammenhang fehlt. Mädchenlyceen,

Digitized by Google

höhere Töchterschulen und Pensionate sind zu kostspielige Bildungsstätten, und ebenso wie Mädchengymnasien nicht überall vorhanden. Das morderne Bildungsbedürfnis hat das Frauenstudium gezeitigt und es kann wohl niemand mehr leugnen, dass der Anspruch der Frauen auf höhere Bildung durch einem dem Unterricht der Knaben gleichen Unterricht der Mädchen seine Berechtigung hat. Wie viele Mädchen gerade aus den gebildeten Ständen sind nicht in der Lage zu heiraten! Des Lebens harte Schule zwingt diese gerade, sich selbst versorgen zu müssen und dabei gleichzeitig der Allgemeinheit zu dienen. Wie sollen diese Mädchen die Möglichkeit zur standesgemässen Selbsterhaltung gelangen, wenn ihnen zur Erreichung dieser hierzu nötigen Bildung die erforderlichen Schulen vorenthalten werden? Es fehlt demnach an staatlichen Anstalten in denen auch Mädchen in gleicher Weise wie Knaben die universelle Bildung ohne und mit Rücksicht auf einen zukünftigen Beruf erlangen können.

Woher sollen nun die für den Hebammenstand angestrebten gebildeten Elemente genommen werden? Die Aufnahme als Hebammenschülerin ist nach unten mit vollendetem 20. Lebensjahre begrenzt, und es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass Mädchen oder Frauen im Alter von 20 Jahren wohl nur in den selteneren Fällen sich dem Hebammenberufe widmen werden und bisher widmen konnten. Und darin besteht die zweite grosse Schwierigkeit in der Lösung dieser Frage.

Die Erfahrung lehrt uns, dass die bisherigen Schülerinnen an den Hebammenlehranstalten in viel höheren Altersstufen zur Aufnahme gelangen und wir wissen ganz genau, dass in der weitaus grössten Zahl der Fälle in Folge der minderen sozialen Stellung und Lage die Kenntnisse resp. der Bildungsgrad derselben ein derartiger ist, der selbst nicht mehr dem nach Absolvierung einer Volks- oder Bürgerschule entspricht. Lesen, Schreiben und Rechnen sind kaum oder gerade noch geläufig und von einer auch nur etwas höheren Allgemeinbildung keine Spur. Dazu kommt noch, dass den Schülerinnen vom Lande, unter den denkbarst kleinsten Verhältnissen aufgewachsen, ein jeder geistige Gesichtskreis fehlt und dass die geistige Aper-

Digitized by Google

zeption eine vollständig negative, das Denkvermögen bedeutend abgeschwächt ist. Die ziemlich geraume Spanne Zeit, die zwischen dem Abschluss der usuellen Schulzeit und dem Beginne des Berufsstudiums der Hebamme liegt involviert gegenwärtig einen geistigen Verfall des Schülerinnenmaterials. Wird dies Hindernis nicht auch bei geistig höher Qualifizierten und in sozialer Beziehung besser situirten Volksschichten Angehörigen störend, vielleicht sogar lähmend wirken? Gewiss nicht! Die schulmäßig abgeschlossene höhere Allgemeinbildung spornt unwillkürlich zur weiteren Selbstbildung an, und der Trieb sich auf dem zeitgemässen Bildungsniveau zu erhalten, erhält die geistigen Kräfte eben in Funktion; hier giebt es kein rasten, also auch kein rosten! Das Punktum saliens bleibt immer die Erhaltung der geistigen Fähigkeiten auf Basis der Allgemeinbildung, um sich dem Berufsstudium zur Ausbildung als Hebamme mit Erfolg widmen zu können. Das Maß dieser Allgemeinbildung ist zur Genüge bekannt, ob dasselbe in Mädchenlyceen, Mädchengymnasien oder höheren Töchterschulen u. a. m. erworben und erreicht wird, ist gleichgültig; dafür aber, dass dieses Maß von Allgemeinbildung von Mädchen aller Stände auch erreicht werden kann, dafür hat der Staat eben Sorge zu tragen, denn die Zeit ist schon lange gekommen, die in verschiedener Beziehung auch das weibliche Geschlecht mit höherer Bildung versehen dringend erheischt, ohne der männlichen Arbeitskraft die so gefürchtete Konkurrenz zu machen.

Unwillkürlich muss nun die Frage aufgeworfen werden, ob denn wirklich das Studium und die ganze Tätigkeit, wie sie heute unsere Wissenschaft von der Hebamme verlangen muss, diese höhere Allgemeinbildung beanspruchen. Und ist man sich darüber im bejahenden Sinne klar geworden, dann muss man auch Mittel und Wege schaffen, unter allen Umständen gebildete Elemente diesem Stande zuzuführen, um mit einem Ruck sozusagen das Hebammenwesen in andere Bahnen zu bringen.

Überblicken wir die Geschichte der Geburtshülfe, so ersehen wir aus ihr, dass die Bedeutung des Hebammenstandes kulturhistorisch nicht gering anzuschlagen ist. Bedenken wir doch, dass in den Zeiten, in welchen sich die Geburtshülfe in

Digitized by Google

den primitivsten Stadien befand, die Ausübung derselben lediglich in den Händen der Hebammen befand. Vom kulturhistorischen Standpunkte allein betrachtet, muss es ganz auffallend erscheinen, dass sich bei der stetigen Entwicklung und Ausgestaltung der Geburtshülfe zur Wissenschaft, gerade das Hebammenwesen beinahe vollständig in seinem Urzustande verblieb, dass gerade die Hebammen an der geistigen Entwicklung, die sich in ihrem Berufsfache geltend machte, nicht in der entsprechenden Weise teilnahmen. Die grosse Wandlung, die gerade die Geburtshülfe im Laufe der Jahrhunderte durchzumachen hatte, ehe sie zur Wissenschaft wurde, hier zu schildern ist wohl überflüssig. Die Tatsache besteht, dass die Geburtshülfe, die ehemals als Gewerbe in unwissenschaftlichster Weise betrieben wurde, heute eine Wissenschaft ist, und diese Tatsache genügt wohl, um zu dokumentieren, dass diese Wissenschaft wie jede andere unserer Disziplinen keine wissenschaftlich ungebildeten Elemente in ihrer Sphäre ohne direkte Schädigung ihrer Schutzbefohlenen vertragen kann.

Und wenn solche ungebildete Elemente heute noch in der Sphäre der Geburtshülfe zu finden sind, so liegt dies lediglich in der schlechten und mangelhaften Organisation, die die hierzu berufenen Faktoren eben gänzlich vergessen haben. Bedenken wir, dass im XX. Jahrhundert mehr als 90% sämtlicher Geburten von zum weitaus grössten Teile unfähigen und ungebildeten, dabei gleichzeitig ganz mangelhaft ausgebildeten Frauen geleitet werden, bedenkt man, dass dank dieser wenn auch staatlich konzessionierten doch immerhin veraltet gebliebenen Institution, den Hebammen, Tausende von blühenden Frauenleben zum Opfer fallen, so findet der Ausspruch Alfred Wallaces seine Bestätigung, „dass im Vergleich mit den erstaunlichen Fortschritten unserer Wissenschaften und ihrer praktischen Anwendung, unsere ganze soziale und moralische Organisation in dem Zustande der Barbarei geblieben ist."

Ich betone ausdrücklich: Die mangelnde Allgemeinbildung und schlechte Ausbildung der Hebammen, das sind die bislang unheilbaren Übelstände, die in der geburtshilflichen Praxis ausserhalb der Klinik das Puerperalfieber mit weiterzüchten,

Digitized by Google

also Menschenleben in frivoler Weise geradezu gefährden, wenn nicht zum Opfer bringen! Die anerkannte Minderwertigkeit der Hebammen bildet daher mit einen Hauptfaktor unserer Machtlosigkeit gegenüber der Tilgung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis.

Um den Gedankengang meiner Arbeit aufrecht zu erhalten, will ich in Kürze nur ausführen, inwiefern eine höhere Allgemeinbildung für den Hebammenberuf unerlässlich ist. Es würde mich wohl viel zu weit führen hier das ganze Gebiet der Geburtshülfe für Hebammen zu detaillieren, es genügt, wenn ich auf die diesbezüglichen Lehrbücher verweise. Der springende Punkt ist immer der, dass es wohl nicht genügend ist, das Lehrbuch auswendig zu lernen, sondern vielmehr die Geburtshülfe im Rahmen des Geforderten zu verstehen und das Verstandene praktisch anwenden zu können. Wohl und Wehe Schwangerer, Gebährender, Wöchnerinnen und Neugeborener sind der Hebamme anvertraut! Das genügt wohl allein schon, um die Tragweite des Hebammenberufes zu charakterisieren und darzutun, dass bei der immensen Verantwortung in diesem Berufe, auch die entsprechende Allgemeinbildung vorhanden sein muss, um allen Anforderungen gewissenhaft entsprechen zu können. Eine rein mechanische Tätigkeit gibt es eben im Hebammenberufe nicht, und wenn auch die Geburt zu den natürlichen Vorgängen im weiblichen Leben gerechnet wird, die anscheinend keiner eigentlichen Fürsorge bedürfen, so trügt eben der Schein! Dieser Trugschluss, der heute leider aber immer noch im Volke als echt angesehen wird, bildet einen weiteren Faktor der Fruchtlosigkeit unserer bisherigen Bestrebungen zur Bekämpfung des Kindbettfiebers in der geburtshilflichen Praxis; dies nur nebenbei.

Welche Ereignisse direkt das Leben von Mutter und Kind bedrohend und gefährdend bei einer Geburt eintreten können, wie selbst der einfachste Handgriff mit nicht vorschriftsmäßig desinfizierten Fingern diese Lebensgefahr heraufbeschwören kann, darüber will und brauche ich mich nicht zu verbreitern. Und es kann wohl mit Recht behauptet werden, dass aus diesem Grunde schon jeder Handgriff, den die Hebamme bei der ihr zugemessenen Tätigkeit bei Geburten zu

Digitized by Google

leisten hat, genau vorbedacht sein muss, und dazu gehört eben nebst einem gesunden Denkvermögen diejenige Ausbildung, die eben nur auf Grund einer höheren Allgemeinbildung erzielt werden kann. Schwer nur allzuschwer rächt sich in der Tätigkeit des grössten Teiles unserer Hebammen die traurige Tatsache, etwas vorgetan zu haben, was dann nicht einmal mehr nachbedacht werden kann. Dies allein macht unseren Ruf nach gebildeten Hebammen erklärlich und wir erwarten in der gebildeten Hebamme nicht allein die vollkommene Antiseptikerin, sondern den mit Verständnis im Rahmen der wissenschaftlichen Forderungen sich betätigenden Beistand der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen.

Wie ist es nun zu erklären, dass unser Ruf nach gebildeten Elementen für den Hebammenstand beinahe ungehört verhallte? Dies ist nur allzu leicht erklärlich und ist leider nur eine logische Folge der ganz unleidlichen Verhältnisse im gesamten Hebammenwesen, Verhältnisse, die trotz des so ungeahnt eminenten Aufschwunges unserer geburtshilflichen Erfolge in den Kliniken und Gebäranstalten niemals die ihnen gebührende Berücksichtigung erfahren. Dies führte zu einer Stabilisierung der Misèren des Hebammenwesens, auf Basis deren sich daselbst ein ganz gewaltiger Circulus vitiosus bildete, der auf die Berufswahl und Ausbildung zur Hebamme eben vollkommen lähmend wirken musste, sodass aus den verschiedentlichsten, ganz nahe liegenden Gründen der Hebammenberuf gerade von den gebildeten und besseren Elementen gemieden bleiben musste. Wandten sich mit nur wenig Ausnahmen von jeher Frauen niederer Intelligenz dem Hebammenberufe zu, stand demnach den Hebammenlehranstalten stets nur ein minder intelligentes Schülerinnenmaterial zur Verfügung, so musste auch der Unterricht dem Intelligenzgrade derselben zugeschnitten sein und es ist wohl leicht begreiflich, dass die Resultate dieses Unterrichtes nur dementsprechend sein konnten und dass gebildete Frauen aus naheliegenden Gründen sich an einem solchen Unterrichte mit solch in jeder Weise minder qualifizierten Schülerinnen nicht beteiligen konnten. Nachdem aus genannten Gründen der Unterricht bis zum heutigen Tage sich auf keine höhere Stufe schwingen konnte und

Digitized by Google

durfte, so bleibt es eben bei dem Hebammendrill, wie eben der Unterricht, der ohne Verständnis der Schüler geschieht, genannt werden muss. Soldaten müssen wohl gedrillt werden und dieser Drill gibt gute Resultate, allein Hebammendrill ist direkt widersinnig und kann eben nur die traurigen Resultate geben, wie wir sie an unseren Hebammen täglich beobachten können. Ist es die Art der Ausbildung zur Hebamme, die gebildeten Frauen den Hebammenberuf zu ergreifen verleidet, so ist es in gleicher Weise das Gros der aus den geistigen und sozialen Tiefschichten hervorgehenden Schülerinnen, mit denen eine gebildete Frau für die Dauer des Lehrkursus schon nicht gemeinsame Sache machen kann; eine allzu grosse unüberbrückbare Kluft trennt diese von jenen. Diese Kluft hat leider von jeher den Hebammenstand rings umgeben und ihn für die besseren Elemente unzugänglich gemacht.

Dass unser Ruf nach gebildeten Elementen für das Hebammenwesen daher wenn auch nicht ungehört so doch stets erfolglos ertönen musste, liegt auf der Hand. Nachdem der Fiskus das gesamte Hebammenwesen dirigiert, so ist nur das eine unerklärlich, dass bislang in dieser das Volkswohl so gewaltig berührenden Angelegenheit der von berufener und berufenster Seite dringend verlangte Wandel nicht geschaffen wird, der in einer Neu-Organisation unserer gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene gipfelt. Bedenkt man nun weiter, dass mit der Tüchtigkeit oder Untüchtigkeit der Hebammen direkt hygienisch-soziale Interessen eng verknüpft sind, es sterben beispielsweise in Deutschland jährlich 6—7000 Frauen an Kindbettfieber, so ist es sehr zu bedauern, wenn die Ausbildung der Hebamme in Deutschland an einer wenn auch nicht direkt namhaft gemachten Lehranstalt in der von H. M. detailliert geschilderten Weise betrieben wird. Diese Art der Ausbildung, die ich hier nicht nochmals schildern will, passt für hirnlose Geschöpfe, von einer gebildeten Frau muss diese Art und Weise selbstredend strenge von der Hand gewiesen werden.

Dass ein deutscher Fiskus ein derartiges Vorgehen billigt, kann nur darin seinen Grund haben, dass ein eitles Strebertum des betreffenden Anstaltsleiters dem Fiskus über die Unhaltbarkeit solcher Zustände die Augen nicht zu öffnen wagt, oder

Digitized by Google

aber, wie wir dies auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene zwar von Seite des Fiskus leider gewohnt sind, dass derselbe lediglich aus pekuniären Sparsamkeitsrücksichten die Augen nicht geöffnet zu erhalten wünscht. Wie dem auch sei, so verlangen jedenfalls derartige Ausbildungszustände energische Abhilfe; wie sollte die Schülerin da auch lernen, human gegen ihre Schutzbefohlenen vorzugehen, wenn ihr diese Humanität auf höchst inhumane Weise gelehrt wird, von den Kehrseiten dieser Ausbildung weiter nicht zu sprechen!

Haben unleidige Verhältnisse im ganzen Hebammenwesen dargetan, dass eine gebildete Frau unter den bestehenden Verhältnissen den Hebammenberuf nicht ergreifen kann, so darf doch „post hoc, ergo propter hoc" hier nicht Geltung erlangen, nachdem nicht einzusehen ist, dass die moderne Frauenbewegung, die in so vieler Beziehung bereits zur schönsten Blüte gediehen und auch nennenswerte Früchte gezeitigt hat, nicht auch in Bezug auf das Hebammenwesen, wie auch auf die ganze Sanierung unterer Geburts- und Wochenbettshygiene ihren wohltätigen Einfluss zu nehmen imstande wäre. Und gerade der Frauenbewegung obliegt es, in vielfacher Weise für die radikale Sanirung stramm einzutreten, gilt es doch zu verhüten, dass alljährlich tausend und abertausend von Frauen dem Puerperalfieber zum Opfer fallen, wobei es als erschwerender Umstand angesehen werden muss, dass diese Opfer ausnahmslos bei Geburten ausserhalb der Gebäranstalten dahingerafft werden und zum weitaus gröstem Teile unter Beistandleistung der Hebammen. Diese Tatsache muss genügen, die ganze gebildete Frauenwelt in ihrem ureigentsten Interesse zur Propaganda der Tat aufzumuntern und durch Mitthülfe an der Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygienie die Bekämpfung des Puerperalfiebers, das Endziel aller derartigen Bestrebungen einmütig zu fördern und einer gedeihlichen Realisierung zuzuführen.

Diese gewaltige Tatsache muss aber auch genügen, alle Bedenken die in ethischer und materieller Beziehung gegen die Hebammenberufswahl gebildeter Frauen mit Recht oder Unrecht vorgebracht werden, zu zerstreuen und in altruistischer Weise, so ganz der weiblichen Gemütsart entsprechend, die gesamte Geburts- und Wochenbettshygiene in der geburtshilf-

Digitized by Google

lichen Praxis von der mittelalterlichen Verzopftheit entgiltig zu befreien. Die gebildete Frau von vornherein gegen den Hebammenberuf einzunehmen, und grundsätzlich den Hebammenberuf für gebildete Frauen als ungeeignet hinzustellen, ist direkt falsch, das heisst in der Tat das Kind mit dem Bade ausgiessen. H. M. sieht den Jammer in der Ausbildung und im ganzen Berufe der Hebammen, sowie dessen unheilvolle Folgen und winkt einfach den gebildeten Frauen von dieser Berufswahl brevi manu ab. Der Hebammenberuf, der heute ein Gewerbe für viele Frauen aus den Tiefschichten der Bevölkerung bildet, kann ja unmöglich in moralischer sowohl als materieller Beziehung jene Befriedigung bieten, die wohl jeder Mensch in seinem Berufe zu suchen trachtet, und die Geburtshilfe, wie sie von den jetzigen Hebammen betrieben wird, muss in der Tat als dumpf lähmende Arbeit ohne geistige und materielle Freiheit erscheinen und entspricht dies lediglich nur der zu diesem Berufe fehlenden Bildung und Intelligenz der Hebamme selbst. Wohl nicht mit Unrecht kann das ganze Hebammenwesen in seiner jetzigen inneren und äusseren Gestaltung ein staatlich konzessioniertes Kurpfuschertum genannt werden. Dass dieser Tiefstand der geburtshilflichen Beistände für das Allgemeinwohl höchst gefährlich wirkt, hat H. M. eben nicht bedacht, und ist sich der weittragenden Folgen dieses Missstandes nicht bewusst geworden, steht H. M. doch der geburtshilflichen Praxis ganz fern. Ich kann es mir nicht versagen zu bemerken, dass es höchst egoistische Motive sind, die H. M. veranlassen die Frage: Gebildete Hebammen? mit einem glatten Nein zu beantworten, wo das Wohl und Wehe unserer Gebärenden gerade die Beantwortung dieser Frage mit Ja so dringend erheischt. So sehr richtig H. M. das ganze Stimmungsbild über unser heutiges Hebammenwesen zu zeichnen vermochte, so mit Unrecht, und ich möchte geradezu sagen unweiblich grausam hat sie über die Heranziehung gebildeter Frauen zum Hebammenberufe den Stab gebrochen; in dieser Beziehung hat das Erscheinen der Schrift H. M. seinen Zweck vollkommen verfehlt, und es muss höchlichst verwundern, dass H. M. eingedenk der ihr doch bekannten schlechten Statistik der Morbidität und

Digitized by Google

Mortalität an Puerperalfieber zu solch einem Schlusse kommen konnte.

Durch 14 Jahre bereits befasse ich mich, wie schon bemerkt, mit einer Reform des Hebammenwesens in gleicher Weise wie mit der Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene, und bin zu dem Resultate gekommen, dass der einzige Weg das Hebammenwesen zu reformieren nur der sein kann, in radikaler Weise so vorzugehen, dass das bestehende Hebammenwesen auf den Aussterbeétat gesetzt und an Stelle der Unbildung, Bildung und Intelligenz dem neu zu gründenden Hebammenberufe zugeführt wird. Die Erfahrung lehrt, dass die Beistandleistung bei Geburten von Hebammen geleistet werden muss und dies sollen eben gebildete Hebammen sein; weder Arzt noch Ärztin sind aus allgemein bekannten Gründen dazu berufen und können dazu berufen werden, die ganze Leitung der Geburt zu übernehmen. Um ersteres aber zu ermöglichen, muss es als erste und heiligste Pflicht des Fiskus angesehen werden, in den gesamten Hebammenunterrichtsverhältnissen vorerst gründlichst Wandel zu schaffen und den Maßstab für die Form und den Inhalt des ganzen Unterrichts so anzulegen, dass eben eine gebildete Frau sich an denselben beteiligen kann. Ist das Studium, sowie der Beruf der geburtshilflichen Beistände mit Beschwerden und nicht gerade Annehmlichkeiten verknüpft, so wird auch die gebildete Frau darüber hinauskommen, wenn speziell beim Studium der Geburtshilfe in den Anstalten die Verhältnisse derart sind, dass sie den geistigen Hochstand der Schülerinnen eben Rechnung tragen, wozu in erster Linie gehört, ungehörige Arbeiten den Schülerinnen nicht aufzubürden, das heisst solche, die mit dem Studium in keinem Zusammenhang stehen. Involviert doch das Studium der Geburtshilfe eo ipso schon so manchen Handgriff und so manche Arbeit, die eben unerlässlich sind und in der Natur des ganzen Gegenstandes ihre vollständige Begründung finden, die auch der gebildeten Frau nicht erspart bleiben können. Diejenige Frau, die darüber eben nicht herauskommen kann, kann sich diesem Studium eben nicht widmen. Dass diese Umgestaltung im ganzen Hebammenwesen dem Fiskus Geld kosten wird, dürfte leider der traurige Grund für die Nicht-

Digitized by Google

erfüllung unserer Wünsche bleiben und es bleibt nur die eine Hoffnung, dass das stetige Grösserwerden der jährlichen Verlustlisten an Kindbettfieber mit seinen Zahlen eine entscheidende Wendung im Verhalten des Fiskus herbeiführen wird.

Bedenkt man, dass bei 94% sämtlicher Geburten nur Hebammen Beistand leisten und dass bei dieser hochprozentualen Beistandleistung jährlich 6—8000 Todesfälle an Kindbettfieber in Deutschland beispielsweise allein sich ereignen, so lässt sich doch wohl mit Recht behaupten, dass diese Ziffern bei der Beistandsleistung von Hebammen. die auf Basis ihrer höheren Bildung besser geschult werden, wesentlich niedriger sich stellen werden. Das Sparsystem des Fiskus findet damit wohl seine beste Widerlegung und eine gerechte Begründung seines geradezu inhumanen Bestehens.

Diese hohe Zahl der Opfer an Puerperalfieber charakterisiert aber zugleich auch die hohe Verantwortung, die die Hebamme in ihrem Berufe zu tragen hat, die der jetzige Hebamme aber in ihrem Unverstande gar nicht zum Bewusstsein kommt. Die jetzige Hebamme ist eben ein blosses Werkzeug eines verzopften fiskalischen Systems, die in ihrer Unwissenheit mehr auf sich nimmt, als sie auch nur zum geringsten Teil verantworten kann und ahnungslos oft bei ihrer Tätigkeit sich in Gefahren begibt, die sie mit dem Strafgesetzen ununterbrochen in Kollision zu bringen vermögen, ohne dass sie sich über ihre Strafbarkeit selbst Rechenschaft geben kann; wie schwer rächt sich hier allzuoft der Mangel an Intelligenz und Bildung.

Diese hohe Zahl der Geburten, die die Arbeitsleistung der heutigen Hebamme zum Ausdruck bringen, wirft auch ein Licht auf die Wichtigkeit der Tätigkeit der Hebamme bei Geburten, die um so deutlicher zu Tage tritt, wenn man in Rücksicht zieht, dass also bloss in 6—8% sämtlicher Geburten Ärzte intervenieren, also operativ einzugreifen genötigt sind. Aus dieser Begrenzung der Hebammentätigkeit macht H. M. eine Kardinalfrage und behauptet, dass diese Arbeitsteilung einer gebildeten Hebamme die Verantwortung und in weiterer Folge die Befriedigung an ihrer Tätigkeit raubt, weshalb die gebildete Frau sich dem Hebammenberufe eben nicht zuwenden kann. Nun ist es ja zur Genüge bekannt, dass die wissenschaftlichen Forderungen bei

Digitized by Google

einer jeden Geburt darin gipfeln, auf Grund unserer Erfahrungen Alles daran zu setzen, die Gesundheit unserer Schutzbefohlenen, Mutter und Kind, zu wahren, also Schädigungen jeder Art hintanzuhalten und vor allem das Puerperalfieber von der Gebärenden und Wöchnerin fern zu halten. Das genaue Verständnis und der strenge Pflichteifer zu gewissenhafter Erfüllung dieser Forderungen bei jeder Geburt erfordern sicherlich nur intelligente Beistände und weiter ein verständnisvolles Zusammenarbeiten von Hebamme und Arzt, alle Eventualitäten und jeden Particularismus hintansetzend, was letzteren Falles schliesslich nur für eine verhältnismäßig geringe Zahl von Fällen zur Geltung zu kommen hat. Wenn einst Geburtshülfe von intelligenten Hebammen getrieben werden wird, dann kann mit Recht eine jede dieser Hebammen ihren Stolz darein setzen, wenn sie den an ihr gestellten Anforderungen voll und ganz Genüge leisten kann, auch wenn ihr die operative Geburtshülfe nicht gestattet ist. Bedenken wir doch, dass selbst der Arzt nur zu häufig in ähnlichen Situationen sich befindet, wo eben seinem Wissen und Können ein Ziel gesetzt ist, wo der Spezialist mit seiner grossen Erfahrung und ausgebildeten Technik einzugreifen hat. In einem solchen Falle müssen auch beim Arzte alle Selbstgedanken aufhören, seine Leistungsfähigkeit hat eben ihr Ziel erreicht und eine höhere hat einzusetzen. Wehe dem Arzte, der in seinem Eigendünkel sich da mehr zumutet, als er eben kann, schwer muss sich eine solche Überhebung rächen. Berufsstolz und Berufswürde werden in keiner Weise herabgesetzt, überweist der Arzt seine Kranken dem Spezialisten; die Befriedigung, die der Arzt in seinem Berufe findet, wird dadurch aber auch nicht auf eine niederere Stufe herabgesetzt und der Gedanke einem Schutzbefohlenen die richtige Hülfe angedeihen gelassen zu haben, gleicht alle Bedenken aus. Und was der Arzt zu tun vermag, sollte der gebildeten Hebamme nicht zu tun möglich sein? Auch darin muss die Anschauung H. M.'s als falsch bezeichnet werden. Gerade die intelligente Hebamme wird sich in das allerbeste Verhältnis zum Arzte zu setzen verstehen und ihm eventuell eine gewissenhafte, sachkundige und verständnisvolle Gehülfin sein. Nur die unintelligente Hebamme vermeidet so

Digitized by Google

ängstlich wie möglich das Zusammentreffen mit dem Arzte in der Wochenstube, da sie sich durch die Zuziehung des Arztes lediglich in ihrer Entlohnung verkürzt glaubt, weniger wohl darin eine Schmälerung ihres Ansehens vermutet. Die so häufig absichtlich verschuldete zu späte Berufung des Arztes mit ihren Konsequenzen kann unter den jetzigen Verhältnissen im Hebammenwesen ein gewisses Einverständnis zwischen Arzt und Hebamme nicht zeitigen.

Habe ich der Intelligenz bei Hebammen unausgesetzt das Wort gesprochen, so muss ich dies in vermehrter Weise nochmals tun, wo es sich um das Verhältnis der Hebammen zu den Armenentbindungen handelt. Hier gerade kommt die Intelligenz heute ganz wesentlich zum fehlen, und es ist ein ganz gewaltiger Irrtum, wenn H. M. glaubt, dass das Kindbettfieber und das Wochenbettsiechtum mehr in den Hütten der Armen zu finden ist. Dieser Würgengel ist leider überall zu finden, und verschont weder Hütte noch Palast. Der Kampf gegen das Puerperalfieber ist daher an allen Orten, wo geboren wird, in gleicher Stärke zu führen, nur wird er in der Hütte der Armen mit vermehrter Aufmerksamkeit zu führen sein und gerade darin liegt der Schwerpunkt unserer Forderungen, nur gebildete Hebammen zu besitzen, die allein diesen Kampf auch wirklich mit Erfolg aufzunehmen und siegreich zu führen vermögen. Nur Intelligenz vermag da die grosse Zahl von Halbheiten, Voreingenommenheiten und Mängel, diesen mittelalterlichen Geist, der heute leider noch in der Wochenstube der Armen herrscht und der nur zu oft die Quelle des Puerperalfiebers ist, zu beseitigen. Es entspricht aber durchaus nicht der allgemeinen Denkungsart einer gebildeten Frau, in der berufsmäßigen Mitwirkung bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers, als solche kann die Tätigkeit der Hebamme wohl auch bezeichnet werden, und bei dieser Berufswahl, die materiellen Erfolge des Berufes ins Vordertreffen zu stellen, ebenso wie dies die Berufswahl und die Berufstätigkeit des Arztes nicht zu tun pflegt. Ich möchte einen Ausspruch Haeckels hier zitieren, der gerade den Frauen die Bahn vorschreibt, die sie hier zu wandeln haben: „Will der Mensch in geordneter Gesellschaft existieren und sich wohl befinden, so muss er nicht nur sein eigenes Glück anstreben, sondern auch

Digitized by Google

das der Gemeinschaft, der es angehört, und der Nächsten, welche diesen sozialen Verein bilden. Er muss erkennen, dass ihr Gedeihen sein Gedeihen ist und ihr Leiden sein Leiden."

Aus materiellen und partikularistischen Bedenken von diesem Kampfe zur Bewahrung von Menschenleben zurückzuschrecken, liegt unseren intelligenten Frauen mit ihrem klaren Blick und offenen Herzen völlig fern, wenn auch mit Bedauern konstatiert werden muss, dass die charitative Tätigkeit auf allen anderen Gebieten zur Linderung menschlichen Elends und Bewahrung des menschlichen Lebens wesentlich tätiger ist, als gerade auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene.

Die grossen Errungenschaften der geburtshilflichen Kliniken in denen die Sterblichkeit an Kindbettfieber fast auf Null gesunken ist, haben eine gewisse Ruhe allen Gemütern, den leitenden Kreisen und dem Fiskus selbst verliehen, die gegenüber Ziffern, wie sie die Sterblichkeit an Kindbettfieber in der geburtshilflichen Praxis alljährlich ergibt, als eine geradezu stoische bezeichnet werden muss; wahrscheinlich sollen oder müssen die Verlustlisten erst noch höhere Ziffern aufweisen, um diesem lethargischen Zustande ein Ende zu bereiten! Damit soll gesagt sein, dass nicht allein das Streben gebildete Frauen zum Hebammenberuf heranzuziehen und damit das Hebammenwesen modern auszugestalten die alleinige Aufgabe bildet, die zur Bekämpfung des Puerperalfiebers einer gedeihlichen Lösung zugeführt werden muss, sondern es ist eben die grosse Zahl wohlbekannter Forderungen zu realisieren, die in wissenschaftlicher Beziehung wohl voll und ganz gelöst sind und eben nur ihrer Realisierung harren. Diese Realisierung muss vom Fiskus inauguriert werden, denn es ist seine heilige Pflicht dort zu sanieren wo eben eine Sanierung dringend erheischt wird. Die beispielsweise gegenwärtig intensiv betriebenen Bestrebungen in der Tuberkulosebekämpfung und die Realisierung der für dieselbe nötigen Forderungen in Österreich dokumentieren zur Genüge, dass der Fiskus in erster Reihe die Initiative zu grösseren Sanierungsaktionen bei Volkskrankheiten ergreifen muss, und schliesslich auch ergreift, dass ferner die Bevölkerung dem Fiskus dann auch werktätig zur Seite steht. Das Puerperalfieber ist ihrer Morbiditäts- und Mortalitätsziffer entsprechend wohl

Digitized by Google

sicherlich eine solche Volkskrankheit, deren Bekämpfung demnach in erster Linie staatliche Hülfe in Anspruch zu nehmen voll und ganz berechtigt ist, und deren Bekämpfung eben nur in einer rationellen Sanierung unserer ausserklinischen Geburts- und Wochenbettshygiene gelegen ist. Diese Sanierung muss, wenn sie erfolgreich durchgeführt werden soll, nicht successive sondern sozusagen mit einem Schlage eingeleitet, und alle diesbezüglichen Forderungen auf ein Mal realisiert werden. Was nützt es uns auch, wenn in höchst langsamer, uneinheitlicher Weise die Verbesserung einzelner Teile des stets nur einheitlich wirkenden Organismus der Geburts- und Wochenbettshygiene durchbesprochen oder diesbezügliche Abänderungsvorschläge vorgebracht werden? Die Existenzberechtigung der gewünschten Realisierung aller unserer diesbezüglichen Forderungen ist ebenso gleichmäßig begründet, wie der Causalnexus zwischen den einzelnen Forderungen zu denselben selbst.

Wenn ich von meinem eigentlichen Thema scheinbar etwas abgekommen bin, so beweist dies die Richtigkeit der eben aufgestellten Behauptung, und es ist in der Tat schwer, ja unmöglich, von Hebammenwesen zu sprechen, ohne das Gebiet der Geburts- und Wochenbettshygiene zu streifen.

Wird der Fiskus mit einer radikalen Reorganisation der Hebammenlehranstalten und damit im Zusammenhange mit einem mehr wissenschaftlich gehaltenen Hebammenunterricht einsetzen, die Kursdauer entsprechend verlängern und die Anforderungen zur Aufnahme als Hebammenschülerin auf das entsprechende Niveau bringen, so werden die wohltätigen Folgen dieses Vorgehens sofort zum Vorschein kommen. Es wird möglicherweise eine kleinere Schülerinnenanzahl in den ersten Jahren sich zur Aufnahme melden, aber diese Verminderung in der Zahl der herangebildeten Hebammen wird von allgemein wohltätigstem Einfluss sein. Abgesehen von der Qualität der diplomierten Hebammen wird das allmähliche Sinken in der Anzahl der Hebammen den ganzem Hebammenstand wohltätig beeinflussen, sowohl in moralischer als in materieller Beziehung. Wenn an eine Verschmelzung dieser in der neuen Richtung herangebildeten, also mit Intelligenz versehene Hebammen mit denen der alten Schule nicht im entferntesten ge-

Digitized by Google

dacht werden kann, so wird durch diese neue Generation die Tätigkeit der der alten Schule angehörenden langsam zur Ruhe kommen, ohne dass es den Einzelnen eigentlich schwer fallen wird. Ist doch bekannt, dass dem Gros der jetzigen Hebammen die Tätigkeit als Hebamme nur ein Nebenberuf ist, der seines oft geringen Ertrages wegen gerne aufgegeben werden wird.

Durch die neue Generation Hebammen soll demnach keineswegs ein Kampf auf's Messer derselben mit der alten Generation heraufbeschworen werden. Denn der neuen Generation ist und muss ein Existenzminimum eben staatlich gesichert sein, so dass der Hebammenberuf direkt als solcher betrieben wird und nicht nur so nebenbei. In dieser Beziehung erscheinen die Bedenken H. M.'s, dass die materielle Entlohnung der Hebamme die gebildeten Frauen von dieser Berufswahl abhalten muss, wohl hinfällig und von vornherein falsch, wofür andere Berufssphären die ebenfalls nur Intelligenz verlangen ebenfalls den Beweis erbringen. Dass materielle Entlohnung mit dem Intelligenzgerade in den verschiedensten Berufen leider oft im krassen Missverhältnisse stehen, ist nur zu bekannt; desshalb strömen doch diesen Berufen immer wieder neue Kräfte zu und wenn auch periodenweise nach börsentechnischen Begriffen bei grossem Zudrang zu gewissen Berufen eine Baisse der Entlohnung eintritt, so kann dies für den Beruf als solchen keinen Einfluss dahin haben, dass die Betätigung in demselben eine schädigende Einschränkung der Interessenverfolgung des betreffenden Standes schädigenden Einfluss erlangt. Geradezu sträflich aber muss es erscheinen, wenn behauptet wird, dass ein mit dem Allgemeinwohl innig verbundener Stand nur deshalb von der Intelligenz gemieden werden müsste, weil sein materielles Erträgnis mangelhaft ist. Es wäre ein trauriges Zeichen unserer Zeit, wenn materielle Interessen in dieser Beziehung das letzte Wort gesprochen hätten und es muss geradezu bedauert werden, dass eine Frauenrechtlerin, wie es H. M. sein will, solche Tendenzen zu propagieren vermag. Wenn wir auch eingestehen müssen, dass gerade die Entlohnung der Tätigkeit der jetzigen Hebammen in gleicher Weise wie die der meisten Ärzte in materieller Beziehung stark unter dem Nieveau berechtigter Forderungen liegt, (siehe Krankenkassenpraxis!) so ist doch damit nicht auch die Behand-

Digitized by Google

lung unserer Kranken in Zusammenhang zu bringen, d. h. es leidet unter diesem sit venia verbo Lohnkampfe nicht das Wohl der Kranken. Eine starke Verminderung des Zuzuges zum ärztlichen Beruf ist die Folge, die nicht einmal solange anhalten wird und kann, bis eine vermehrte Nachfrage und dementsprechend eine bessere Entlohnung der Leistungen eintreten wird, denn die Medizin ist eben eine Wissenschaft deren Wahlspruch lautet: aegroti salus suprema lex. Auch die Geburtshilfe, ein Zweiggebiet der Medizin, ist eine Wissenschaft und die Geburtshilfe für Hebammen soll eben zu einer Wissenschaft erhoben werden und aufhören ein Gewerbe zu sein. Auch in der Geburtshülfe, ob in der für Ärzte oder in der für Hebammen, hat einzig der Wahlspruch zu gelten: Gravidae parturientis, puerperae et neonati salus, suprema lex.

Können wir vom wissenschaftlichem Standpunkte mit stolzem Bewusstsein behaupten, dass wir uns vollständig im klarem sind, das Puerperalfieber bekämpfen und in seinem Keim ersticken zu können, so bleibt nur noch übrig, alle Wohlfahrtseinrichtungen für die geburtshilflichen Beistände und ihrer Clientel zu realisieren und das zu tun, nachdem dies die Wohlfahrt der Völker betrifft, ist in erster Linie Sache des Fiskus. Alle Fesseln können mit einem Ruck da gesprengt werden und in grosszügiger Weise den Völkern diejenigen Wohltaten der Wissenschaft zu teil werden, die nach schweren Opfern an Menschenleben, durch ein nimmermüdes wissenschaftliches Streben eben errungen wurden. Gleichzeitig aber muss das Volk in der entsprechenden Weise belehrt und für diese Bestrebungen der Wissenschaft erzogen werden. Was nützen dem Volke Tuberkulosenheime wenn es nicht satt Fleisch zu essen hat, was nützen dem Volke die stolzesten Gebärkliniken, wenn draussen ausserhalb der Kliniken in unzureichenden Verhältnissen noch geboren werden muss. Soziale Reformen, das beste Bekämpfungsmittel der meisten Infektionskrankheiten fehlen uns noch in so vieler Beziehung, und gerade in der Wochenstube mit ihrer mittelalterlichen Düsterheit. Dass endlich Licht und Luft darin walten und eine vermehrte Fürsorge für die Niederkunft darin Platz greifen muss, das muss dem gesamten Volke gelehrt, und da-

Digitized by Google

zu müssen die nötigen Mittel beschaffen werden. Viel, sehr viel ist demnach auf diesem Gebiete noch zu schaffen und gewiss wäre schon dieser Wandel auf diesem Gebiete geschaffen worden, wenn nicht der Mangel an Intelligenz der auf diesem Gebiete ziffernmässig nachgewiesen dominierenden Hebammen und die gleichzeitige Indolenz derselben vorhanden gewesen wäre, deren Stand bei dem moralischen Tiefstande ihrer Bildung und ihres ganzen Wirkungskreises einer Versumpfung anheimgefallen, in geistiger Beziehung einfach impotent genannt werden muss. Wenn wir heute auch ganz vereinzelt und spärlich im Hebammenstande etwas gesündere Elemente, also brauchbare Hebammen finden, so sind dies stets Frauen von Intelligenz, die ihren Beruf in der richtigen Weise erfasst und durch spezielle Schulung und Selbstweiterbildung auf der Höhe zu erhalten verstanden haben. Dies sind die wenigen Elemente, die wir heute als Zierden des Hebammenstandes aufführen können und deren Existenz und segensreiches Wirken die Hinfälligkeit der Anschauungen H. M.'s zur Genüge dokumentieren, die darin gipfelt, dass der Hebammenberuf kein Beruf der gebildeten Frau ist und sein kann. Die Erfahrung lehrt uns aber gerade, dass die Hebamme bei Geburten in gleicher Weise unentbehrlich ist, wie der Arzt oder die Ärztin; jeder zu seiner Zeit! Unmöglich wird es aber zu erreichen sein, dass die Leitung der Geburt lediglich dem Arzte anheimfällt, aus Gründen, die verschiedentlich bereits erörtert wurden. Und so kann füglich behauptet werden, dass wenn es seit den undenklich ältesten Zeiten nicht schon einen Hebammenstand gäbe, ein Hebammenstand geschaffen werden müsste, ein Hebammenstand aber, der vermöge seiner Intelligenz seiner ihm gestellten Aufgabe bewusst und derselben auch gewachsen sein müsste.

Wenn man nun nach diesen Auseinandersetzungen frägt, was bleibt zu tun? Da muss die zusammenfassende, die strikte Antwort lauten: In erster Linie sind für die weibliche Jugend höhere Bildungsstätten zur Erlangung einer höheren Allgemeinbildung in vermehrter Weise zu schaffen, so dass auch den breiteren Schichten des weiblichen Geschlechts die Möglichkeit geboten werden kann, den Grad von Allgemeinbildung sich anzueignen, welcher der ganzen Richtung unserer Zeit entspricht. Die Neu-

Digitized by Google

organisation der gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene, deren Details bereits in verschiedenen Abhandlungen zur Sprache gekommen sind, ist entsprechend der immer noch so bedeutenden Morbidität und Mortalität an Puerperalfieber in der geburtshilflichen Praxis ehetunlichst einer einheitlichen Durchführung zu unterziehen und dies lediglich im Interesse des Allgemeinwohles. Diese Durchführung soll und darf nicht stückweise, sondern in ihrem ganzen Umfange auf einmal geschehen. Die Reorganisation des Hebammenwesens einheitlich durchgeführt hat ihren Hauptaugenmerk darauf zu richten, dass ohne Rücksicht auf materielle Kosten mit dem gesamten alten Hebammenwesen gebrochen und strengstens darauf Rücksicht genommen wird, dem Hebammenunterricht und dem ganzen Betriebe der Hebammenlehranstalten den Zuschnitt zu verleihen, den eben die Geburtshilfe in ihrem ganzem Umfange erfordert, so dass nur auf Schülerinnen mit höherer Bildung reflektiert, und demgemäss nur solchen die Aufnahme ermöglicht werden kann. Allen unter diesen Verhältnissen diplomierten Hebammen ist von Seite des Staates ein Existenzminimum zu sichern, was einer Verstaatlichung des Hebammenstandes gleichkommt. Aufgabe der modernen Frauenbewegung soll und muss es sein, in erster Linie erzieherisch auf die gesamte Frauenwelt einzuwirken und im Volke durch Vorträge und Belehrungen über die gesamte Geburts- und Wochenbettshygiene diejenigen Wege zu ebnen, die diese angestrebte Neuorganisation für einen sicheren Erfolg bei der Bekämpfung des Puerperalfiebers so dringend bedarf. Der Frauenbewegung obliegt es aber ferner noch die grosse Schaar ihrer gebildeten Elemente für die so dringende Notwendigkeit ihrer Mithilfe bei der so ausserordentlich wichtigen Sanierungsarbeit auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene in der geburtshilflichen Praxis zu interessieren und in einer so ganz natürlich berechtigten egoistischen Weise den Altruismus bei der Berufswahl zur Hebamme zu propagieren, den dieser Stand für die gute Sache unter allen Umständen benötigt. Staatliche Hilfe und Fürsorge werden dann gewiss nicht fehlen!

Digitized by Google

Beitrag
zur
operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Von

A. H. Queisner,
Bromberg.

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Digitized by Google

Digitized by Google

Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Von

A. H. Queisner, Bromberg.

Die unbestrittene Tatsache, dass jährlich neue Operationsverfahren für die Retroflexio uteri angegeben werden und dass fast jeder Operateur seine Operationsmethode als die beste und erfolgreichste hinstellt, lässt sich nur dadurch erklären, dass es zur Zeit keine Operation gibt, die für alle Formen der Retroflexio geeignet ist.

Wenn es nun bei irgend einer operativen Maßnahme notwendig ist, zu individualisieren, so bei der Behandlung der Retroflexio uteri.

Vorerst dürfen wir eine Patientin, die infolge ihres Leidens nur geringe Beschwerden hat, nicht einem lebensgefährlichen operativen Eingriff aussetzen. Hierbei wäre die viel erörterte Frage zu streifen, ob eine Retroflexio mobilis überhaupt Beschwerden verursacht.

Diese Frage ist in letzter Zeit — meines Erachtens mit Recht — in der Form beantwortet worden, dass eine mobile Retroflexio wohl Beschwerden verursacht, diese jedoch von einer Frau mit intaktem Nervensystem leicht ertragen und kaum beachtet werden, während eine neurasthenisch veranlagte Frau die heftigsten Kreuzschmerzen zu haben angiebt. Andrerseits verursachen die fixierten oder die mit Adnexerkrankung verbundenen Retroflexionen die allergrössten Beschwerden, können manche Patientin zur Verzweiflung bringen und jede Lebensfreude rauben, so dass sie sich mit jedem operativen Eingriff, der ihnen Genesung verheisst, einverstanden erklären.

Digitized by Google

Wenn wir demnach ein Operationsverfahren bei Retroflexio uteri einschlagen wollen, so erscheint es mir notwendig, die verschiedenen Arten von Retroflexio streng auseinander zu halten und sie einzuteilen in einfache mobile und in solche, die mit Komplikationen verbunden sind, sei es dass eine Adnexerkrankung, ein Vorfall der Scheidenwände, oder eine Fixation des uterus an der hinteren Beckenwand besteht.

Unser therapeutisches Handeln muss demnach der Art der Retreflexio angepasst werden.

Eine zweite wichtige Frage ist die, ob wir durch operative Behandlung der Retroflexio eine Konzeptionsmöglichkeit schaffen wollen, oder ob auf spätere Konzeption kein Gewicht mehr gelegt zu werden braucht und nur eine Beseitigung der bestehenden Beschwerden gewünscht wird. Seit etwa 8 Jahren habe ich mich eingehend mit der operativen Behandlung der Retroflexio beschäftigt und beinahe alle von anderer Seite vorgeschlagenen Operationsmethoden ausgeführt, auch, soweit es mir möglich war, die Dauerresultate geprüft, so dass ich hauptsächlich über eigene Resultate berichten kann.

Ich habe im Ganzen 112 Operationen wegen Retroflexio uteri ausgeführt und zwar 15 auf abdominalem und 97 auf vaginalem Wege.

Einen Todesfall infolge der Operation habe ich nicht gehabt, zweimal Verletzungen der Blase bei starken Verwachsungen erlebt, von denen die eine nach sogleich ausgeführter Blasennaht heilte, die andere sich später spontan schloss.

Die Ätiologie der Retroflexio mobilis möchte ich nur kurz streifen. Bei Virgines, bei denen durchaus nicht immer Chlorose vorhanden zu sein braucht, ist meistenteils wohl eine lang andauernde Füllung der Blase und der Ampulle des Rectums als ursächliches Moment zu bezeichnen, indem die gefüllte Blase den Uteruskörper nach hinten, das gefüllte Rectum die Cervix nach vorn drückt, so dass, zumal bei einem schwach entwickelten Bandapparat, eine Retroflexio hierdurch leicht zu Stande kommen kann.

Die mobile Retroflexio bei Frauen schliesst sich meist an ein überstandenes Wochenbett an. Hier ist die Prophylaxe sehr am Platz. Ich habe es mir zur Regel gemacht, jede Frau,

Digitized by Google

deren Entbindung ich zu leiten hatte, 4—5 Wochen post partum auf das Bestehen einer Retroflexio hin zu untersuchen. Ist eine vorhanden, so genügt in den meisten Fällen das Tragen eines Pessars für einige Monate, um die Deviation zu beseitigen, falls nicht eine Ruptura perinaei als ursächliches Moment anzusehen ist.

Es besteht wohl überhaupt kein Zweifel, dass es in den weitaus meisten Fällen von Retroflexio, die inkompliziert sind, gelingt, durch ein richtig eingelegtes Pessar die Lageanomalie zu korrigieren, aber es gibt eben eine grosse Anzahl von Frauen, denen das Tragen eines Pessars, das sie öfters zum Arzt zu gehen zwingt, lästig ist und die gern definitiv geheilt zu werden wünschen.

In manchen Fällen verhindert sicherlich das in der Vagina liegende Pessar die Konzeption, wofür ich einen Beleg anzuführen zur Zeit Gelegenheit habe. Vor ca. 1 Jahre kam eine 37jährige Frau mit einer Retroflexio mobilis zu mir, die durch ein von anderer Seite eingelegtes Pessar in durchaus richtiger Lage gehalten wurde. Sie hatte zwei Kinder gehabt, die aber beide gestorben waren und hatte den dringenden Wunsch nach Nachkommenschaft. Das Pessar trug sie seit 3 Jahren und wünschte definitiv von ihrem Leiden befreit zu werden. 8 Wochen nach der ausgeführten Vaginäfixatio konzipirte sie und befindet sich als gravida im IX. Monat in meiner Klinik,*) die sie auf meinen Wunsch aufsuchte, da ich gern den Verlauf einer Entbindung nach vorgenommener Vaginäfixatio klinisch beobachten wollte.

Was die operative Therapie der mobilen Retroflexio anlangt, so decken sich meine Anschauungen darüber fast völlig mit den von Fuchs in jüngster Zeit veröffentlichten, so dass ich sie nur kurz zu rekapitulieren brauche.

Ich stimme Fuchs vollkommen bei, dass die von ihm bevorzugte Alexander-Adam'sche Operation nur für operationsbedürftige mobile Retroflexionen anwendbar ist. Sehr interessant waren mir seine Ausführungen, dass in drei Fällen von Alexander-Adam, bei denen ein Rezidiv eintrat, es sich

*) Die Geburt ist inzwischen spontan erfolgt.

Digitized by Google

um adhärente Retroflexionen handelte, bei denen der Uterus vor oder während der Operation aufgerichtet war, in einem Fall um eine übersehene Adhärenz.

Dieser letzte Fall bestätigt meine Auffassung, dass es manchmal unmöglich ist, auch bei genauer bimanueller Untersuchung in Narkose Adhärenzen festzustellen.

Im Anschluss hieran möchte ich dringend vor der von Schultze empfohlenen forcierten Aufrichtung in Narkose warnen. Mir ist ein Fall bekannt, in dem eine Patientin einer, nach forcierter Aufrichtung entstandenen, Peritonitis erlag. Es bestand, wie die Autopsie ergab, eine alte abgekapselte Salpingitis purulenta, die noch virulente Streptococcen enthalten haben musste und bei der forcierten Aufrichtung geplatzt war.

Ist also nur der leiseste Verdacht, der auch auf Grund der Anamnese (fieberhaftes Wochenbett etc.) gerechtfertigt sein kann, vorhanden, dass es sich um Adhärenzen handelt, so müssen wir diese vor einer richtigen Lagerung des Uterus definitiv beseitigen und dies geschieht am besten dadurch, dass wir sie dem Auge sichtbar machen durch die Colpocoeliotomie, in deren Anschluss die Vaginaefixatio auszuführen wäre.

Es ist scharf gegen die vielen Vaginaefixationen zu Felde gezogen worden, es sind eine Anzahl von Geburtsstörungen veröffentlicht worden, die nach vorgenommener Vaginaefixatio eingetreten sind, aber es hiesse doch, das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn wir vergessen wollten, dass bei den von Mackenrodt und Dührssen zuerst angestellten Versuchen, den Uterus nach Eröffnung der Bauchhöhle an die vordere Scheidenwand zu heften, um dadurch die Retroflexio zu beseitigen, wir ein neues wertvolles Operationsverfahren gewonnen haben, den vorderen Scheidenbauchschnitt, die Colpocoeliotomia anterior, die im Laufe der Jahre sich ein Bürgerrecht in der gynäkologischen Operationslehre erworben hat. Durch sie ist es möglich, unter Vermeidung des abdominalen Weges, eine Anzahl Operationen auszuführen und die Gefahren der Eröffnung der Peritonealhöhle auf ein Minimum zu reduzieren.

Der Versuch, die Retroflexio auf vaginalem Wege operativ zu behandeln, ist zuerst bekanntlich von Schücking ge-

Digitized by Google

macht worden, der mittelst eines, an einer langen gebogenen Nadel befestigten Fadens, den er durch Uterushöhle und vordern Scheidenwand führte und in der Scheide knotete, versuchte, die Retroflexio zu beseitigen.

Dieses Verfahren ist wegen der Gefahr, dass eine Blasenverletzung nicht sicher vermieden werden kann, längst aufgegeben worden.

Als ich im Jahre 1891 Sängers Schüler war, machte dieser den Versuch, die Cervix nach hinten zu fixieren und dadurch die Retroflexio zu beseitigen, indem er durch hintere Muttermundlippe und Ligamenta Douglasii einen Faden führte und im hinteren Scheidengewölbe knotete. Er hat dann diese Versuche aufgegeben und wie ich glaube, auch nicht veröffentlicht.

Anerkannt ist die Vaginaefixatio erst worden, als sie technisch so ausgeführt werden konnte, dass über eine Anzahl von normal verlaufenden Geburten von Frauen, bei denen die Vaginaefixatio gemacht war, berichtet wurde. Überhaupt möchte ich annehmen, dass die nach vorgenommener Vaginaefixatio regelwidrig verlaufenden Entbindungen ihren Grund in einer nicht sachgemäß ausgeführten Operation haben. Es ist mir aufgefallen, dass bei den betreffenden Veröffentlichungen niemals die Operationsmethode angeführt wurde, sondern nur allgemein gesagt wurde: Vaginaefixatio. Es ist ja selbstverständlich, dass, wie es von mancher Seite geschah, wenn der ganze Uterus an die vordere Scheidenwand angenäht wurde, Geburtsstörungnn eintreten müssen.

Die nach einer Vaginäfixation aufgetretenen Geburtsstörungen werden hauptsächlich wohl nicht der Methode, sondern deren mangelhafter Ausführungen zur Last fallen.

Ich möchte hierbei die Vaginaefixatio ohne Eröffnung des Peritoneums erwähnen, die ich in fünf Fällen ausgeführt habe, von denen 2 nach kurzer Zeit rezidiv geworden sind.

Diese Methode käme in vereinzelten Fällen als eine der Alexander-Adam'schen gleichberechtigten in Betracht, doch ist der Kreis der für sie auszuwählenden Fälle noch enger zu ziehen, als bei der Alexander-Adam'schen.

Vor allem darf der Uterus nicht vergrössert sein und das Peritoneum muss sich leicht zurückschieben lassen. Der Ex-

Digitized by Google

cavatio vesico-uterina wird hierbei verkürzt, indem die vordere Peritonealfalte höher fixiert wird. Der Fixationsfaden wird 2—3 cm oberhalb des inneren Muttermundes durch beide Scheidewände und Uterus geführt und erst geknotet, nachdem die vordere Scheidenwand, die durch Längsschnitt gespalten war, durch Knopfnähte geschlossen ist.

Die im Anschluss an Colpocoeliotomia anterior vorzunehmende Vaginaefixatio kommt demnach erstens für die operative Behandlung der Retroflexio dann in Betracht, wenn der retroflektierte Uterus auch adhärent ist. Die Dührssen'sche Vaginaefixatio mit isoliertem Pliraverschluss, wobei der Fundus uteri fixiert wird, die Mackenrodt'sche Vesicaelfixatio und die von Martin bevorzugte Fixation des Uterus 2—3 cm oberhalb des inneren Muttermundes geben gleich gute Resultate, wenn sie genau nach den Angaben der betreffenden Autoren ausgeführt sind. Die Wahl muss dem Operateur überlassen bleiben.

Vor allem ist zu berücksichtigen, dass die vordere Scheidenwand straff gespannt sein muss, da bei einer nachgiebigen Scheidenwand der an sie angeheftete Uterus beim Bestreben, hach hinten umzukippen, eine schlaffe Scheidenwand mit sich ziehen und so das gewünschte Resultat vereiteln würde.

Es muss deshalb, wie es auch Dührssen empfiehlt, bei Descensus der vorderen Scheidenwand eine vordere Colporhaphie angeschlossen werden. Blasenstörungen habe ich, wie Fuchs, nie zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ich habe allerdings, wenn ich eine andere, wie die Dührssensche Vaginaefixation mit isoliertem Plicaverschluss ausführte, nach Zurückschieben der Blase und Eröffnung der vorderen Bauchfelltasche, nach Loslösung der Blase von der vorderen Scheidewand, das vordere Peritonealblatt auf die hintere Blasenwand aufgenäht und glaube dadurch die sogenannte postoperative Cystitis vermieden zu haben. Nach Baisch sind es die bei vaginalen Operationen unvermeidlichen Ablösungen und Zerrungen der Blase, die infolge der damit verknüpften Innervations- und Zirkulationsstörungen die Resistenz der Blasenmukosa herabsetzen und dadurch eine Entzündung begünstigen.

Seitdem ich, soweit es möglich ist, dieses Verfahren anwende, habe ich eine postoperative Cystitis auch bei wieder-

Digitized by Google

holtem Katheterisiren nicht mehr erlebt. Immer ist es ja nicht möglich, da bei starken Verwachsungen der vorderen Bauchfelltasche zur Überkleidung der Blase zu wenig Peritoneum vorhanden ist.

Die von Bode angegebene Methode, die ligamenta rotunda noch vorgenommener Colpocoeliotomia auterior zu verkürzen, sowie die von Gebhard angegebene vaginale Ventrifixatio habe ich nicht ausgeführt, da ich mit den Resultaten der Vaginaefixatio sehr zufrieden war und ich ausserdem die Befürchtung hatte, dass bei der Bode'schen Operation leicht eine Dehnung der Schleife und dadurch ein Rezidiv eintreten könnte.

Herrscht nun eine ziemliche Übereinstimmung über die Behandlung der operationsbedürftigen mobilen Retroflexio, so gehen die Ansichten weit auseinander, darüber, welches operative Verfahren bei der mit Adnexerkrankung verbundenen und fixierten, sowie bei der mit Senkung beider Scheidenwände verbundenen Retroflexio uteri das beste ist.

Wenn nun die Colpocoeliotomie je ihre Existenzberechtigung erwiesen hat, so hat sie dies bei der operativen Behandlung der fixierten mit Erkrankung der Adnexe verbundenen Retroflexie getan und muss für diese Art von Erkrankungen wohl als eine ideale Operation bezeichnet werden, insofern, als sie uns ermöglicht, derartige Erkrankte auf verhältnismässig ungefährlichem Wege zu heilen. Ätiologisch ist die Erkrankung ja meist auf Gonorrhoe zurückzuführen.

Das Bild, was derartige Patientinnen bieten, ist ja allgemein bekannt. Jeder grösseren Anstrengung unfähig sind, sie meist gezwungen, eine liegende Stellung einzunehmen, fast jede Bewegung verursacht ihnen Schmerzen, kurz, sie sind beklagenswerte Geschöpfe, die auf jede Lebensfreude Verzicht leisten müssen.

Hier ist, zumal wenn es sich um eitrige Adnexerkrankung handelt, schon wegen der erheblich geringeren Infektionsgefahr die Colpocoeliotomie am Platz, abgesehen davon, dass sie technisch leichter auszuführen ist als die abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, da sich meist peritoneale Verwachsungen gebildet haben, die die erkrankten im Douglas befindlichen Adnexe von

Digitized by Google

der freien Bauchhöhle abschliessen, so dass es meist einer einfachen Iniosion bedarf, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen, die erkrankten Adnexe zu entfernen und den Uterus aus seinen Verwachsungen zu lösen.

Es will mir nicht recht einleuchten, weshalb bei diesen Erkrankungen noch immer von einzelnen Operateuren der abdominale Weg bevorzugt wird, während doch der vaginale der kürzere ist und die Infektionsgefahr auf ein minimales Maß herabdrückt.

Über die operative Behandlung der mit Descensus beider Scheidenwände komplizierten Retroflexio ist auch auf dem Würzburger Kongress keine Einigung zu Stande gekommen.

Meines Erachtens muss bei dieser Erkrankung vorerst die Ätiologie berücksichtigt und ferner die Frage erörtert werden, ob bei einem operativen Verfahren die Konzeptionsfähigkeit erhalten werden soll. Der von Schatz in Würzburg gehaltene Vortrag über „Abreissungen der Scheide und des muskulösen Beckenbodens als Ursache von Genitalprolaps“ ist wohl nicht genügend berücksichtigt worden, sonst wäre in der Literatur der letzten zwei Jahre wohl eine Nachprüfung bekannt gegeben worden.

Jeder Gynäkologe hat sicher eine Anzahl von Fällen beobachtet, in denen er bei jungen Frauen nach der ersten Entbindung ohne dass ein Dammriss vorhanden war, einige Zeit nach der Entbindung einen Retroflexio mit Descensus beider Scheidenwände, einen Totalprolaps feststellen konnte.

Mir sind in den letzten 2 Jahren drei derartige Fälle zu Gesicht gekommen, bei deren Beurteilung mir die von Schatz aufgestellte Theorie durchaus einleuchtete.

Um diese Form der Retroflexio zu behandeln, kann nur die Suspension des Uterus an den Bauchdecken in Frage kommen, wenn die Konzeptionsfähigkeit erhalten bleiben soll.

Hierfür sind bereits verschiedene Methoden angegeben worden, von denen die Ventrifixatio von Czerny und Olshausen die am meisten geübten sind.

Sie haben aber den Nachteil, dass die Lage des Uterus nach Ventrifixatio keine physiologische mehr ist, da er ganz

Digitized by Google

aus dem kleinen Becken herausgehoben wird, abgesehen davon, dass auch Geburtsstörungen nach Ventrifixatio veröffentlicht wurden.

Menge empfahl, nach Eröffnung der Bauchhöhle die beiden ligamenta rotunda auf der vorderen Uterusfläche zusammenzuziehen und durch ihre Verkürzung eine normale Lage des Uterus wieder herzustellen.

Da ich selbst die von Menge angegebene Operation noch nicht ausgeführt habe, kann ich nur das theoretische Bedenken äussern, dass die Ausführung der Operation eine typische Eröffnung der Bauchhöhle notwendig macht, und dass der Finger in die Bauchhöhle eingeführt werden muss, so dass die mit dem Eingriff verbundene Gefahr in keinem richtigen Verhältnis zu dem gewollten Effekt zu stehen scheint.

Dann hat Bardarescu in Nr. 3 des Zentralblatts für Gynäkologie 1904 ein dem meinen ähnliches Verfahren, das ich schildern möchte, veröffentlicht. Bemerken möchte ich hierzu, dass ich bereits seit dem Jahre 1903 die Suspension des Uterus an den ligamentis rotundis ausführe. In der Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag des Professor Barth habe ich in der Sitzung der Ost- und Westpreussischen Gesellschaft für Gynäkologie vom 21. XI. 1903 in einer Diskussionsbemerkung von dieser Methode Mitteilung gemacht und sie nur deshalb noch nicht veröffentlicht, weil ich erst den Verlauf einer Geburt nach dieser Operation beobachten wollte.

Mein Operationsverfahren ist folgendes: Mittelst des von Pfannenstiel angegebenen suprasymphysären Querschnitts wird die Bauchhaut durchtrennt, diese von der Fascie abgelöst und nach dem Nabel zu mittelst einer Knopfnaht angeheftet, so dass eine rhombusähnliche Figur entsteht. Die Fasoie wird nun quer gespalten und so weit von der Muskulatur nach oben und unten abgelöst, dass der Rectus in einer Ausdehnung von 3 cm stumpf auseinander gedrängt werden kann. Der Uterus wird nunmehr von der Scheide aus in die Höhe gehoben, — am besten mittels einer mit einem Tupfer armierten Kornzange — und mittelst einer doppelzähnigen Kugelzange, nachdem das Peritoneum eröffnet ist, gefasst. Etwa vorhandene Adhäsionen werden — dem Auge zugänglich — getrennt, die Adnexe falls

Digitized by Google

notwendig — gleichfalls mit einer mit Tupfer armierten Kornzange herausgeleitet. Nunmehr werden in dem nach vorn, dicht oberhalb der Symphyse befindlichen Teil der Fasoie zwei ca. 2 cm von einander entfernte Einschnitte gemacht, so gross, dass eine Kornzange hindurchgeführt werden kann, die dann auch durch Muskel und Peritoneum stumpf hindurchgestossen wird. Die Kornzange fasst das Ligamentum rotundum ca. 3—4 cm von seinem uterinen Ansatz beiderseits und zieht es durch das Fascienloch auf die Fascie hinauf. Die Ligamenta rotunda werden nunmehr beiderseits durch einen Silkwurmfaden auf der Fasoie fixiert, die Bauchwunde wird mittels Etagennähte vereinigt.

Als Vorzug meiner Methode möchte ich es bezeichnen, dass die Asepsis völlig gewahrt werden kann. Es braucht der Finger in die Bauchhöhle nicht eingeführt zu werden, so dass die Suspension des Uterus an den Ligamentis rotundis auch im Anschluss an vorher auszuführende Scheidenoperationen gemacht werden kann.

Mein Verfahren würde also für diejenigen Fälle von Retroflecio uteri passen, bei denen es erwünscht ist, die Konzeptionsfähigkeit zu erhalten, bei denen anderseits der Verdacht, dass Adhärenzen bestehen, begründet ist und bei denen es notwendig erscheint auch die Adnexe zu Gesicht zu bringen.

Es würden dann noch diejenigen Retroflexionen zu besprechen sein, bei denen es sich um Komplikationen mit Descensus der Scheidenwände handelt, bei denen jedoch die Konzeptionsfähigkeit nicht mehr erhalten zu werden braucht.

Für die Mehrzal der Fälle genügt wohl die tiefe Vaginaefixatio, die Schauta auf dem Würzburger Kongress besonders empfahl, verbunden mit Kolporrhaphia auterior und der von Lawson Tait angegebenen, von Saenger modifizierten Lappendammplastik.

Betsteht ein Totalprolaps, so ist die von Wertheim angegebene intravaginale Fixation des Uterus zu empfehlen.

Trotzdem mir eine Anzahl Fälle von hochgradigem Prolaps zur Beobachtung gelangt sind, habe ich in keinem Fall eine Totalexstirpation von Uterus und Scheide, wie Bumm es empfahl, für indiziert gehalten und habe mit dem von mir etwas

Digitized by Google

modifizierten Wertheimschen Verfahren sehr gute Resultate erzielt.

Die Modifikation besteht darin, dass die vordere Scheidenwand bis zur Harnröhrenmündung sagital gespalten und von der Blase abgelöst wird. Hierauf werden auf die Enden des Längsschnitts je zwei Querschnitte gesetzt, so dass aus der vorderen Scheidenwand zwei Türflügelförmige Lappen gebildet werden. Die vordere Peritonealtasche wird eröffnet und das vordere Blatt auf die Blase aufgenäht, die Basis der beiden Lappen aneinandergenäht und in das nunmehr gebildete Wundbett des Uterus hineingelegt, die beiden Lappen über ihm zusammengefaltet und vernäht. Die beiden Querschnitte der Scheide werden in der Längsrichtung vereinigt. Diese modifizierte Wertheimsche Operation habe ich in 10 Fällen ausgeführt und einen Misserfolg niemals, auch bei hochgradigen Prolapsen, nicht zu verzeichnen gehabt. Einmal ist der Uterus bei einer 65jährigen Patientin gangränös geworden und stiess sich vollkommen ab. Der Erfolg war auch hier ein guter.

In letzter Zeit ist die Frage erörtert worden, ob wir berechtigt sind, bei Retroflexion, die mit Descensus beide Scheidenwände verbunden sind, durch die Kehrersche Operation eine vorzeitige Sterilisierung der Frau herbeizuführen.

Hierbei möchte ich mich ganz auf den von Biermer vertretenen Standpunkt stellen, der mit Recht betont, dass eine dem arbeitenden Stande angehörige Frau, die sich einer eingreifenden Operation unterzieht, eben ganz gesund werden will.

Ich halte deshalb eine Sterilisierung für berechtigt bei einer an Prolaps leidenden Frau, die dem Klimacterium nahe ist, und mehrere Kinder hat, vorausgesetzt, dass beide Ehegatten ihre Zustimmung dazu geben.

Die Entscheidung, ob eine Sterilisation notwendig erscheint, muss dem Operateur überlassen bleiben, auf dessen grosse Verantwortlichkeit bei Ausführung dieser Operation Chrobak jüngst (Zentralblatt 21. 1905) mit Recht hingewiesen hat.

Ich führe die künstliche Sterilisierung jetzt so aus, dass nach Herausleiten des Uterus aus der Bauchhöhle an beide Tuben je eine Klemme an ihren uterinen Ansatz gelegt wird, die dazu dienen soll, das Tubenlumon zu verschliessen. Die

Digitized by Google

Tuben werden kurz an ihren uterinen Ansatz mit der Schere durchtrennt und die kleine Wunde mit je einer Lembertschen Naht versorgt unter Einstülpung des Tubenstumpfes. Das periphere Ende der Tube wird nach aussen umgedreht und so vernäht, dass die Wundfläche in eine mittelst Fadens gebildete Tasche des Ligamentum latum versenkt wird. Eine Resektion der Tube habe ich nie vorgenommen. Ich habe in 48 Fällen, in denen ich aus den verschiedensten Indikationen eine Sterilisierung für notwendig erachtete, in denen es sich allerdings meist um Frauen, die dem Klimakterium nahe waren, handelte, einen Misserfolg nicht zu verzeichnen gehabt, und halte deshalb für diesen Zweck eine Exstirpation der ganzen Tube nicht für erforderlich.

Wenn ich nunmehr aus dem oben gesagten einen Schluss ziehen darf, so mag es der sein, dass uns heute für jede Form der operationsbedürftigen Retroflexio ein geeignetes Verfahren zur Verfügung steht.

Der Zweck meiner Ausführungen wäre voll erreicht, wenn es mir gelungen wäre, einige Anregungen bei der Wahl eines operativen Verfahrens haben geben zu dürfen.

Digitized by Google

P. P.

Die seit einer Reihe von Jahren in meinem Verlage erscheinenden

Sammlungen zwangloser Abhandlungen

aus den Gebieten der

Augenheilkunde,
Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten

und

Nerven- und Geisteskrankheiten

haben sich in der gesamten Ärztewelt bestens eingeführt. Sämtliche Abhandlungen sind mit besonderer Rücksicht auf allgemein-ärztliche Interessen abgefasst, und es entspricht der Inhalt der gewählten Themata den Bedürfnissen des praktischen Arztes in vollem Masse. Von ganz hervorragenden Autoritäten herausgegeben, besitzen die Einzelabhandlungen einen geradezu vorzüglichen Wert. Die Preise der Hefte sind trotzdem ausserordentlich minimale. Ohne Verpflichtung zu der Abnahme eines kompletten Bandes, wird jedes Heft auch einzeln geliefert.

Verlangen Sie, bitte, das reichhaltige, ausführliche

Verzeichnis der Sammlungen.

Ich liefere dasselbe überallhin gern gratis und franko.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Halle a. S. **Carl Marhold.**

Digitized by Google

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

Soeben erschien die

VII. Auflage der bekannten Broschüre:

Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes.

Von

Dr. P. J. Möbius

in Leipzig.

Elegant ausgestattet Preis Mk. 1,50.

Unentbehrlich
für das vollständige Verständnis obiger Schrift sind die vom gleichen Verfasser als Erläuterungen geschriebenen

Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden.

Bisher erschienen:

Heft	1. Geschlecht und Krankheit	Einzelpreis Mk.	1,—.
„	2. Geschlecht und Entartung	„ „	1,—.
„	3/4. Über die Wirkungen der Kastration . .	„ „	2,—.
„	5. Geschlecht und Kopfgrösse	„ „	1,—.
„	6. Goethe und die Geschlechter	„ „	1,—.
„	7/8. Geschlecht und Kinderliebe	„ „	2,—.
neu:	Heft 9. Die Geschlechter der Tiere I. Teil .	„ „	1,—

In Vorbereitnng:

Heft 10. Die Geschlechter der Tiere II. Teil.

Alle obengenannten Schriften des weithin bekannten Autors sind durchgängig hochinteressant und anregend zu lesen. Möbius schreibt bekanntlich im Unterschied von der Mehrzahl seiner Fachgenossen ein gutes und schönes Deutsch; was er sagt, ist klar: es gibt keine Halbheiten in seinen Gedanken und Worten. Auch da, wo er nur bekannte Lehren vorträgt, erfreut er durch die Art, wie er sie vorträgt.

Möbius gehört zu den wissenschaftlichen Persönlichkeiten, bei deren Beurteilung Gelehrte wie Ungelehrte am meisten untereinander hadern. Manches, was er schrieb, gab durch Inhalt oder Form Anlass zu leidenschaftlichem Für und Wider.

Eine Zeitschrift schreibt: „**Wer über den Mann und Denker richtig urteilen und in den Kern seines Wesens hineinblicken will, der lese vor allem obige wertvolle Schriften, die zum eifrigen Studium nicht warm genug empfohlen werden können.**“

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis.
Herausgegeben von
Dr. Max Graefe in Halle a. S.
VII. Band, Heft 2.

Die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien.

Von

Dr. **Josef Bäcker** in Budapest.

(Für praktische Ärzte vorgetragen im Budapester Ärzteverein.)

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 1,20.

Digitized by Google

Im Verlage von **Carl Marhold** erscheint fortlaufend:

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

Heft 3. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie. Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**, Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benckiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—

„ 8. **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influenza und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Elermann**, Dr. **Arn.**, in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. C. **von**, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. R., in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. **Frz.**, in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**. in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis" Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Torggler**, Prof Dr. **Franz**, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. J , in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. E., in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Welsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhaber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. P., in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. Alb., in Frankfurt a. M. Ueber Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. H , Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Band V.

Heft 1. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis. Preis ℳ 1,20.

„ 2. **Gräfe**, Dr. M., in Halle a. S. Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung. Preis ℳ 0,60.

„ 3/4. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Ueber den jetzigen Stand der Lehre der Tubenschwangerschaft. Preis ℳ 2,60.

„ 5. **Wegscheider**, Dr. M., in Berlin. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. ℳ 0,80.

„ 6. **Klix**, Dr., prakt. Arzt in Prechlau, Westpr. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Preis ℳ 1,—.

7. **Bokelmann**, Dr. W. Über die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen. Preis ℳ 1,—.

„ 8. **Winter**, Professor Dr. G., in Königsberg i. Pr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Preis ℳ 0,80

Digitized by Google

Die
Infektionskrankheiten
der weiblichen Genitalien.

Von

Dr. **Josef Bäcker** in Budapest.

(Für praktische Arzte vorgetragen im Budapester Arzteverein.)

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B., Professor Dr. Menge in Erlangen, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Dr. Max Graefe
in Halle a. S.

VII. Band, Heft 2.

Digitized by Google

Die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien.

Von

Dr. **Josef Bäcker** in Budapest.

(Für praktische Ärzte vorgetragen im Budapester Ärzteverein.)

Die Fortschritte unseres Spezialfaches weisen darauf hin, dass die entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane überwiegend infektiösen Ursprungs sind, und es ist lediglich Frage der Zeit, dass der infektiöse Charakter sämtlicher, hierher gehörigen Krankheiten bewiesen werde.

Wir werden sehen, dass derselbe Infektionsstoff in manchen Fällen sich bloss entlang der Schleimhaut verbreitet, also einen sogenannten Katarrh unterhält, in anderen Fällen wieder in die tieferen Schichten eindringt, einen sogenannten entzündlichen Prozess hervorrufend, das einemal mit der Lokalisation in den äusseren Geschlechtsteilen, in anderen Fällen wieder weiter bis zum Bauchfell vordringend.

Nachdem der Infektionsstoff den Genitalkanal in der Regel als System angreift, und es von Nebenumständen abhängt, wie weit derselbe dringt, so ist die alte anatomische Einteilung eine anachronistische, und es wäre richtiger, die Ätiologie als Basis derselben zu nehmen, welche ein deutlicheres, leichter übersichtliches klinisches Bild der krankhaften Veränderungen gibt.

Die Katarrhe und Entzündungen sind nur Abstufungen derselben Erkrankung.

Obzwar unsere heutigen Kenntnisse noch recht mangelhafte sind, halte ich es der besseren Übersicht wegen dennoch für geraten, meinen Vortrag auf die Ätiologie zu basieren.

Digitized by Google

Zu jeder Zeit der Entwicklung kann infolge Infektion die Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane herbeigeführt werden.

Wir sehen im Säuglings- und Mädchenalter Vulvovaginitiden. Diese Prozesse sind in den häufigsten Fällen auf gonorrhoische Erkrankung zurückzuführen. Die Säuglinge können während der Geburt infiziert werden, wo die Vulva der Neugeborenen unmittelbar mit dem gonorrhoischen Sekret der Mutter in Berührung kommt. Ein ähnlicher Fall kann auch im extrauterinen Leben eintreten, wie in den von Skutsch mitgeteilten Fällen, wo in einem Findelhause durch den Gebrauch gemeinschaftlichen Badewassers eine solche Endemie hervorgerufen wurde. Ebenso können kleine Mädchen durch die an Gonorrhoe leidende Mutter, Amme sowie Erzieherin, oder infolge des Gebrauches von Nachtgeschirren, Bädern etc. infiziert werden. Diese gonorrhoischen Infektionen dringen für gewöhnlich nicht bis zu den inneren Geschlechtsorganen — ihre Ätiologie ist jedoch unzweifelhaft, wie dies durch das Vorhandensein der Gonokokken bewiesen werden kann.

Wir finden bei heranwachsenden Mädchen oft einen solchen Fluor, wo Gonokokken nicht nachweisbar sind, und der trotzdem zweifellos durch Infektion bedingt ist. Er kann infolge sogenannter Autoinfektion entstehen. Jede Öffnung des menschlichen Organismus, die mit der Aussenwelt in unmittelbarer Berührung steht, also auch die Vulva und Scheide, enthält reichlich Bakterien, die für die gesunde Schleimhaut unschädlich sind. Doch, wenn die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut gelitten hat, so können die immer und überall vorhandenen Keime eine katarrhalische Erkrankung zur Folge haben. Oft ergibt sich Gelegenheit zu einer derartigen Schwächung des Organismus. Die Lebensweise der Stadtkinder, die so viel an das Zimmer gebannt sind, bietet häufig Veranlassung zur Entstehung der Chlorose und Anämie. — Dazu gesellt sich die unglückselige Richtung unseres jetzigen Zeitalters: die geistige Überbürdung. Von Jahr zu Jahr geschieht es häufiger, dass Schülerinnen der höheren Töchterschulen zur Ordinationsstunde gebracht werden; die meisten dieser verkümmerten Geschöpfe klagen über Fluor, Dysmenorrhoe, hartnäckige Blutungen.

Digitized by Google

— Wenn wir dem nachforschen, stellt es sich heraus, dass sie täglich 5 Stunden in der Lehranstalt verbringen (wo gewöhnlich 30—40 und oft noch mehr Schülerinnen in den engen Lehrsälen zusammengepfercht sind), zuhause beschäftigen sie sich noch 2—3 Stunden lang mit dem Erlernen der Lektionen und schriftlichen Aufgaben. Die Kinder besserer Familien erhalten ausserdem noch französische, englische und Musikstunden und ihre freien Stunden widmen sie dann noch der Handarbeit. Wie oft fand ich, dass sich solch ein krankes, in der Entwickelung begriffenes Mädchen täglich 8—10 Stunden beschäftigt. Und wir wundern uns noch über ihr Kranksein. Doch hat der Schulbesuch auch noch einen andern Nachteil, welcher die Möglichkeit der von aussen kommenden Infektion erklärt. Im verflossenen Jahre erschien eine Mutter mit ihrer 14jährigen Tochter in meiner Ordinationsstunde; bei letzterer sollte angeblich eine Anomalie der Geschlechtsteile vorhanden sein.

Die Anomalie war eine Hottentottenschürze von der Grösse einer Kinderhandfläche, welche jedem Lehrbuch als Illustration hätte dienen können; ein unzweifelhafter Beweis der Masturbation. Nach langem Fragen erfuhr ich, dass das Mädchen in einem der vornehmsten Internate erzogen werde, wo die ganze Klasse habituell Masturbation treibt.

Meine, auf diesen und anderen ähnlichen Tatsachen beruhenden ärztlichen Erfahrungen haben mich überzeugt, dass es eine der unglücklichsten Ideen ist, Mädchen ohne Wahl dem wissenschaftlichen Berufe zuzuführen, und dass der Hausarzt in erster Reihe berufen ist, dagegen anzukämpfen. Es ist Aufgabe des Arztes, die Eltern darüber aufzuklären, dass ein Mädchen in erster Reihe für den Beruf der Mutter erzogen werden muss; so wird jede, die körperliche Entwicklung nachträglich beeinflussende Einwirkung vermieden.

Der Fluor albus, die Dysmenorrhoe dieser verkümmerten blutarmen Mädchen erfordert keine besondere Behandlung. — In erster Reihe muss der Organismus gekräftigt werden, dann, wenn dies gelungen ist, erfolgt eine spontane Rückbildung der sekundären Symptome, wohin auch die genitalen Verände-

Digitized by Google

rungen gehören. Das radikalste Mittel wäre die Einstellung des Schulbesuches.

* * *

Die infektiösen Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane entstehen zumeist im Alter der Geschlechtsreife; Koitus, Geburt, Wochenbett, all die Manipulationen, welche die Verhinderung der Gravidität bezwecken, bieten hierfür eine günstige Gelegenheit.

Der Infektionsstoff kann verschiedenerlei sein: von den Saprophyten angefangen, sämtliche Eiterungen sowie spezifische Erkrankungen erregende Mikroben.

Die Infektion schreitet in zwei Hauptrichtungen fort: analog der Schleimhaut und der Lymphgefässe.

Die Hauptvertreter dieser zwei Richtungen sind die Gonorrhoe und die puerperale Infektion.

Um ein skizzenhaftes Bild der Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien entwerfen zu können, ist es das Zweckmäßigste, vor allem die typischen Formen der obenerwähnten beiden Krankheiten kennen zu lernen.

Unsere Kenntnisse von der Gonorrhoe, die Klärung der Lehre, sind zweifellos ein Triumph der modernen bakteriologischen Forschungen.

Die Krankheit ist alt, doch wurde ihre Bedeutung verkannt. Zwar ahnten schon alte englische und französische Autoren (Wett, Bernutz, Goupil, Dobson, Nelson, Gills usw.), dass der blennorrhagische Prozess durch die Tube sich bis auf das Bauchfell fortpflanzen könne, doch erregte erst Nöggerath's im Jahre 1872 erschienene Arbeit ein, der Wichtigkeit dieser Frage entsprechendes Aufsehen. Der Titel des Werkes lautet: Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht. Bonn, bei Max Cohen & Sohn.

Nöggerath's Hauptthesen sind folgende:

1. Die Gonorrhoe besteht so beim Manne wie beim Weibe trotz scheinbarer Heilung in latenter Form weiter fort.

Digitized by Google

2. Diese latente Gonorrhoe ist imstande, das bis dahin gesunde Individuum zu infizieren, und diese Infektion offenbart sich entweder in akuter Form oder tritt in latenter Form auf.

3. Die latente Gonorrhoe des Weibes manifestiert sich als Perimetritis (acuta, chronica oder recurrens) oder als Oophoritis, oder als Katarrh der Nachbarorgane des Genitalkanals.

4. Die Gattinnen solcher Männer, die jemals an Gonorrhoe gelitten haben, sind gewöhnlich unfruchtbar, oder sie bringen bloss ein selten 3—4 Kinder zur Welt. Zu Nöggerath's Zeiten bedeutete dies noch eine geringe Kinderzahl. In dieser seiner Arbeit entwirft Nöggerath ein sehr düsteres Bild der Krankheit. Er behauptet, dass 90% der Männer, die jemals an Gonorrhoe litten, ihre Gattinnen infizieren.

Nöggerath's Arbeit erregte grosses Aufsehen, aber auch grosses Missfallen, da seine Angaben übertrieben waren, wie er es in einer später erschienenen Arbeit selbst bekennt. (Über latente und chron. Gon. beim weibl. Geschlecht. Deutsche medizinische Woch. 1887.)

Nöggerath stellte auf Grund seiner Beobachtungen an Kranken und klinischen Studien seine Lehrsätze auf. Sein Schicksal gleicht demjenigen Semmelweiss'! Obzwar die Krankheit, gegen welche jener ankämpfte, weniger folgenschwer ist, als die puerperale Infektion, ist ihre soziale Bedeutung doch eine sehr grosse. Beide Forscher stellten ohne streng beweiskräftige Hilfsmittel, d. h. dem Aufschwung der Bakteriologie vorgreifend, ihre im wesentlichen ewig wahren Lehrsätze auf, lediglich auf Grundlage ihrer am Krankenbette und am Seziertische gesammelten Erfahrungen. Diese Lehrsätze können durch spätere Forschungen modifiziert, verstümmelt oder erweitert werden; die Grösse ihrer Entdecker wird jedoch dadureh keinen Abbruch erleiden.

In den klinischen Verhältnissen liegt die Erklärung, warum Nöggerath's Lehren nicht zur Geltung kommen konnten. Obgleich die weibliche Gonorrhoe in ihren Folgen eine der schwersten Krankheiten darstellt, gehört sie doch nicht in die Kathegorie der lebensgefährlichen. Die Frau kann durch sie zum Krüppel werden, auf den Seziertisch kommt sie aber

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUN 28 1921
LIBRARY

durch dieselbe selten, und wenn es geschieht, dann bieten sich dem Auge solch verwickelte Verhältnisse, dass es auch bei unseren heutigen Kenntnissen sehr schwierig ist, sich in der Menge der Komplikationen zurechtzufinden und den ursprünglichen Herd der Krankheit zu entdecken.

Es schien fast unglaublich, dass dieselbe Infektion, die im Leben des Mannes scheinbar bloss ein vorübergehendes und bedeutungsloses Intermezzo bildet, beim Weibe die schwersten Folgen nach sich ziehen soll. Es gelang nicht, den Zusammenhang zwischen der rasch ablaufenden Vulvovaginitis und der Jahre lang bestehenden Entzündungen der Beckenorgane zu finden.

Die vornehmsten Vertreter unseres Faches haben über Nöggerath den Stab gebrochen, wie vor einigen Jahrzehnten über Semmelweiss. Fritsch erklärt im Jahre 1876, dass, nach seinen Erfahrungen, die Vulvovaginitis gonorrhoica des Weibes eine lokale, nicht weiter fortschreitende, leicht heilbare Erkrankung sei; Schröder anerkennt zwar im Jahre 1879, dass die entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane oft auf Gonorrhoe zurückgeführt werden können, hält aber Nöggerath's Standpunkt trotzdem für extravagant.

Viel mehr Anhänger zählte Tarnowsky (Vorträge über venerische Krankheiten. Der Tripper und seine Komplikationen. Berlin 1872.), der zu gleicher Zeit mit Nöggerath diskutierte, dass sich ein der Gonorrhoe vollkommen ähnliches Krankheitsbild ohne jede Infektion, lediglich autochton entwickeln könne.

Neisser war es, der diesen Ansichten im Jahre 1879 mit der Entdeckung des Gonokokkus, als des spezifischen Mikroorganismus der Gonorrhoe den ersten Schlag versetzt hat.

Die wissenschaftliche Forschung und Argumentation nahm auf Grund mikroskopischer Untersuchungen ihren Anfang. Wie bereits erwähnt, bot der Seziertisch kein ausgiebiges Untersuchungsmaterial, doch wurde dieser Mangel reichlich durch die Fortschritte der operativen Gynäkologie ersetzt.

Die Kurettage, welcher Recamier in Frankreich das Bürgerrecht verschaffte, wurde auch schon in Deutschland infolge Olshausen's Einfluss weit und breit geübt. Sie wurde

Digitized by Google

eine der segensreichsten Operationen und durch diese gelangte die kranke Schleimhaut in frischem Zustande zu histologischen und bakteriologischen Untersuchungen auf den Arbeitstisch.

Andrerseits ist es bekannt, dass seit 1872 die Chirurgie der Bauchhöhle ein neues Gebiet betrat. Der Engländer Battey kam auf den Gedanken, gesunde oder gesund scheinende Ovarien zum Zwecke der Heilung von ihm vorausgesetzter reflektorischer, nervöser Störungen zu entfernen.

Diese Operation, die Kastration, wurde von Hegar auf Grund einer neuen Indikation geübt und empfohlen, nämlich um bei fibromyomatösem Uterus ein künstliches Klimakterium und auf diesem Wege die spontane Rückbildung des Tumor zu provozieren. Schliesslich erweiterte Lawson Tait die Indikation auch auf die Erkrankungen der Tube und des Ovariums nicht neoplasmatischer Natur.

Die Operation fand sehr bald lebhaften Anklang; viele überschritten die Grenzen, so bei uns wie auch im Auslande; es wurde vielfach überflüssiger Weise und zwecklos operiert, doch kann dies den Wert der wissenschaftlichen Erfahrungen nicht beeinträchtigen. Unser Gesichtskreis erweiterte sich hierdurch ganz bedeutend.

Von denen, die die weibliche Gonorrhoe auf Grund des Gonokokkus Neisser's verständlich zu machen suchten, muss in erster Reihe Bumm hervorgehoben werden mit seiner 1885 erschienenen, grundlegenden Arbeit (Der Mikroorganismus der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen, Gonokokkus Neisser, Wiesbaden 1885). In dieser Arbeit nimmt er entschieden in dem Sinne Stellung, dass ausschliesslich der Gonokokkus Neisser in das lebende Protoplasma der Zelle einzudringen vermag, auf diese Weise die gonorrhoische Erkrankung der Schleimhaut verursachend; folglich sind auch die Gonokokken nach wiederholten Untersuchungen in jedem gonorrhoischen Sekret nachweisbar (intermittierendes Erscheinen der Gonokokken).

Durch weitere Untersuchungen gelangte er zu der Überzeugung, dass der Gonokokkus ausschliesslich ein Parasit der Schleimhaut ist; im Jahre 1887 hielt er auf der Wiesbadener

Digitized by Google

Versammlung unter dem Titel: „Die gonorrhoische Mischinfektion einen Vortrag, dessen wesentlicher Inhalt folgender ist:

Wir sprechen von einer Mischinfektion, wenn zwei verschiedene Arten von Mikroorganismen gleichzeitig in den Organismus eindringen. Gewöhnlich ist der Infektionsmodus der, dass zuerst die eine Abart die Erkrankung des angegriffenen Organs bewirkt, die andere Abart nistet sich dann in den derart präparierten Boden ein. So, wie sich die an Pneumonie erkrankte Lunge besonders gut für die Ansiedlung und Weiterentwicklung der Tuberkelbazillen eignet, finden wir diesen Prozess in den verschiedensten Variationen auch bei den gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. So ist die häufig beobachtete Bartholinitis keine Konsequenz der Gonokokken, sondern anderer, später dahin gelangter Keime. In die bereits gonorrhoisch erkrankte Drüse dringt nachträglich entweder der Staphylokokkus pyogenes aureus oder irgend eine Saprophytenart und führt da zu eiterigem Zerfall des Gewebes oder zur Bildung einer Zyste mit in Zersetzung übergehendem Inhalte. Die periurethralen Abszesse stammen immer von nachträglich dahingelangten pyogenen Bakterien. Es gibt keine Cystitis gonorrhoica, aber beim Vorhandensein einer Urethritis gonorrhoica können andere Mikroorganismen in die Blase hineingelangen, auf diese Art eine Cystitis hervorrufend. Ebenso entstehen die Entzündungen des Parametriums und der Gelenke. Bumm hielt auch das für wahrscheinlich, dass einige Fälle von Tuberkulose der Tube auf solcher gonorrhoischer Mischinfektion beruhen.

Durch diese Lehren Bumm's, welche auf exakten und gewissenhaften Untersuchungen fussen, wurden die Gonokokken, welche unfähig sind Entzündungen des Bindegewebes und Peritonitis hervorzurufen, sozusagen rehabilitiert.

Diese Lehren wurden von Wertheim im Jahre 1891 auf der Versammlung der deutschen Gynäkologen zu Bonn gestürzt. Er demonstrierte die absolut wertvollen Ergebnisse seiner jahrelang fortgesetzten Forschungen, durch welche die Frage der weiblichen Gonorrhoe in ein neues Licht gesetzt wird und die die Grundlage unseres heutigen Wissens bilden.

Digitized by Google

Der Schlüssel der Wertheim'schen Entdeckungen liegt darin, dass er die sichere Methode der Gonokokkenzüchtung gefunden hat, wodurch er die gonorrhoische Natur jedweden Sekrets zu beweisen vermochte, selbst in solchen Fällen, wo die Zahl der Gonokokken so gering war, dass sie der Aufmerksamkeit der einfachen mikroskopischen Beobachtung leicht entgehen konnten.

Aus eitrigen Tubargeschwülsten züchtete er Reinkulturen der Gonokokken und mit diesen gelang es ihm, wieder eine typische, eitrige Urethritis hervorzurufen, womit er den Beweis erbrachte, dass die gonorrhoische Infektion bis zur Tuba vordringen und daselbst eine bleibende Krankheit verursachen könne, was bis dahin noch von vielen geleugnet wurde.

Er bewies ferner mit seinen Tierversuchen, dass der Gonokokkus imstande ist, sich auf dem Bauchfell zu entwickeln und zu vermehren, daselbst eine lokale, in einigen Tagen verlaufende Entzündung hervorzurufen und endlich zur Bildung von Adhäsionen zu führen. Daher ist zu seiner Entwicklung das Zylinderepithel nicht unbedingt erforderlich, er vermag auch in das Pflaster-Epithel einzudringen, durch diese gelangt er ins Bindegewebe und in diesem dringt er dann, dem Wege der Gewebs- und Lymphspalten folgend weiter vor, genau so, wie andere pyogene Mikroorganismen.

Diese Entdeckung schliesst die Möglichkeit von Bumm's Mischinfektion nicht aus, sie beweist nur, dass alle jene entzündlichen und zu Eiterungen führenden Prozesse, welche in den weiblichen Geschlechtsorganen und deren Umgebung vorkommen, auch von den Gonokokken verursacht werden können. Wertheim hebt hervor, dass es ihm in den Fällen, wo Gonokokken im Tubeneiter vorhanden waren, niemals gelang, daselbst auch Mikroorganismen anderer Art nachzuweisen.

Diese Behauptung war von grosser Wichtigkeit, denn ausser Bumm trat auch noch Zweifel (Archiv für Gynäkol. Bd. XXXIX) auf, dass alter, von Gonokokkeninfektion stammender Eiter ein besonders guter Boden für pyogene und septische Mikroorganismen sei.

Wertheim versuchte auch experimentell seinen Standpunkt zu vertheidigen. Wertheim's sterilisiertes, flüssiges,

Digitized by Google

menschliches Blutserum, in welchem 15 Tage hindurch reine Gonokokkenkulturen gezüchtet worden waren, indem er es 2 Stunden lang bei einer Temperatur von 55—60° C hielt; hernach wurden Kulturen von Streptococcus pyogenes und Staphylococcus pyogenes aureus überimpft. Ersterer entwickelte sich überhaupt nicht, letzterer viel schwächer als auf frischem menschlichen Serum.

Dieses Experiment spricht daher gegen die Annahme von Bumm und Zweifel.

Bezüglich dessen, dass auch bei der Entstehung ovarialer Abszesse ausser den Gonokokken keine anderen Bakterien beteiligt sein müssen, werden von Wertheim Fälle angeführt. Besonders beweiskräftig ist jener Fall, welcher sich auf eine 16jährige Nullipara bezieht, bei welcher der erste Koitus drei Monate vor der Operation stattgefunden hatte, daher jede puerperale Infektion ausgeschlossen war, und die trotzdem einen mit der Tube nicht kommunizierenden Abszessus ovarii hatte, dessen Eiter ausschliesslich Gonokokken enthielt.

* * *

Diese Untersuchungen bilden die Grundlage der Lehre von der weiblichen Gonorrhoe, deren Vorausschickung zum Verständnis der im Gefolge der Krankheit auftretenden anatomischen Veränderungen notwendig war.

Wir begegnen der akuten Form der Gonorrhoe in der Privatpraxis selten. Das Krankheitsbild ist nicht zu verkennen. Die Schleimhaut der unteren Partie der Vulva und Vagina ist stark geschwollen und gerötet, reichlich mit eitrigem Sekret bedeckt, in welchem in grosser Anzahl Neisser'sche Gonokokken vorhanden sind. Die Schleimhaut ist empfindlich und schmerzhaft. Die Urethra in sichtbarer Weise verdickt, und ihre geschwollene Schleimhaut nicht selten aus der Harnröhre hervorgestülpt. Aus der Urethra fliesst anfangs gelblich-grüner Eiter; später kann er, jedoch noch immer reichlich, ausgedrückt werden. Beim Harnlassen entsteht in der Urethra ein lebhaft brennendes Gefühl, doch ruft der Harn auch in der entzündeten Vulva ein heftiges Schmerzgefühl hervor. Die Infektion

Digitized by Google

dringt oft in den frühesten Stadien der akuten Erkrankung entlang des Duktus in die Bartholini'schen Drüsen, deren entzündliche Schwellung, nicht selten Zerfall bewirkend, und kommt als Bubo labialis zum Ausdruck. In diesem akuten Stadium zeigen sich gewöhnlich Fiebererscheinungen, die jedoch nicht andauern, und, abgesehen von den Fällen, wo die Bartholini'sche Drüse abszediert, ist eine Temperatur über 39° C nicht häufig.

Die drüsenarme Scheide ist kein geeigneter Boden für katarrhalische Prozesse, und der Regel nach tritt auch ohne Behandlung bald eine Rückbildung der akuten Symptome ein, indem die Scheide trotz Weiterbestehens eines schleimig-eiterigen Sekrets ihre normale Farbe wieder zurückgewinnt und nur noch stellenweise entzündlichen Charakter zeigt. Solche Stellen sind die Mündungen der Bartholini'schen Drüsen, um welche herum noch lange Zeit hindurch ein flohstichähnlicher, roter Fleck sichtbar bleibt: die Macula gonorrhoica Sänger. In günstigen Fällen kann aus dem Ausführungsgang der Drüse auch Eiter ausgedrückt werden; ferner bleiben die von der Harnröhre rechts und links gelegenen Lakunen, die auch Eiter produzieren, lange Zeit gerötet. Der dritte Herd der Krankheit ist die Harnröhre, deren Mündung längere Zeit hindurch gerötet bleibt und aus welcher Eiter ausgedrückt werden kann. Das Verfahren besteht darin, dass der Zeigefinger in die Scheide eingeführt wird, hernach pressen wir, die Symphyse als Grundlage benützend, vom Blasenhals ausgehend, entlang der Harnröhre. Eine bis zwei Stunden vor der Untersuchung darf die Kranke nicht urinieren.

Häufig erreicht der Prozess mit diesem Krankheitsbild sein Ende, bezw. lokalisiert sich und schreitet nicht weiter fort. Ich sah Fälle, wo bei absoluter Bettruhe ohne jede Behandlung in 2—3 Wochen vollkommene Heilung erfolgte, und die Krankheit sich nicht mehr erneuerte.

Noch häufiger jedoch geschieht es, dass die Gonorrhoe der Schleimhaut entlang fortschreitet und in ihrem Wege natürlicherweise zu allererst den Uterus angreift. Nicht selten ist die Infektion so vehement, dass der Symptomenkomplex

Digitized by Google

der Erkrankung des Uterus zu gleicher Zeit mit den akuten Erscheinungen der Vulva auftritt.

Es ist bekannt, dass der Gonokokkus in erster Reihe auf der Schleimhaut fortschreitet, deren mit reichlicher Eiterung einhergehende Erkrankung bewirkend; wir wissen jedoch aus Wertheim's Experimenten und Untersuchungen, dass sich der Gonokokkus auch entlang der Lymphbahnen und des Bindegewebes weiter zu entwickeln vermag, und ist es daher unzweifelhaft, dass er im akuten Stadium auch in das die Schleimhautgrundlage bildende Lymphgefässsytem gelangt, und von hier durch das Muskelgewebe dringend, bis zum Perimetrium bezw. zu dem den Uterus umgebenden Bindegewebe fortschreitet, in seinem Wege überall, so im Muskel- wie im Bindegewebe eine mit reichlicher seröser Exsudation einhergehende Entzündung hervorrufend. Die naturgemäße Folge dieses Prozesses ist die bedeutende Vergrösserung des Uterus und die Spannung oder eventuelle Entzündung des demselben als Überzug dienenden Peritoneums.

Das klinische Bild all dieser Symptome ist ein anfangs dumpfer, später schneidender, auf den untern Teil des Bauches sich lokalisierender Schmerz. Der Bauch ist aufgetrieben, gegen Berührung sehr empfindlich, das Atmen erschwert, einige Tage hindurch erreicht die Temperatur 39° C oder einen noch höheren Grad, nicht selten mit Fieberschauer verbunden. Der Puls ist klein, frequent. Mit einem Worte, alle Symptome einer auf den Unterbauch beschränkten Peritonitis sind vorhanden. Bei entsprechendem Verhalten, absoluter Ruhe, Anwendung von Eisbeuteln tritt spätestens nach 1—2 Wochen die Rückbildung der Symptome ein. Der Meteorismus des Bauches lässt nach, Schmerzhaftigkeit, später auch Empfindlichkeit verschwinden, so dass nunmehr eine Untersuchung möglich wird. Der Uterus ist noch immer grösser, als normalerweise, und produziert ein reichliches Sekret vorwiegend schleimiger Beschaffenheit, welches reich an Gonokokken ist. Die Spiegeluntersuchung zeigt einen meistens lebhaft geröteten Muttermund, charakteristische Erosionen sind selten sichtbar, bei den chronischen Formen der Krankheit fehlen Erosionen sogar am häufigsten.

Digitized by Google

Auch noch in diesem Stadium kommt oft die Krankheit zum Stillstand ohne auf die Tuben und Ovarien überzugehen. Es ist vollkommen unmöglich, die Prozentzahl der Fälle zu bestimmen, in denen sich diese Komplikation ausbildet, Tatsache aber ist, dass es viele Fälle von chronischen Formen der weiblichen Gonorrhoe gibt, in welchen die innere Grenze der Krankheit im Cervix zu sein scheint, und die Adnexa dem Anscheine nach gesund sind.

Wenn der akute Prozess auf die Adnexa übergeht, dann sehen wir das oben geschilderte Bild der Bauchfellentzündung fortbestehen, doch ist dann der Sitz der Schmerzen mehr lateral, und wird besonders bei linksseitigen Geschwülsten das Krankheitsbild durch den auf den Mastdarm geübten Druck kompliziert, der Obstipation, Flatulenz und hochgradige Schmerzhaftigkeit bei der Stuhlentleerung zur Folge hat, indem die Skybala in ihrem Weiterschreiten mechanisch als Trauma auf den Entzündungsherd wirken. Oft gibt uns die Kranke während der Entstehung dieser Symptome selbst an, eine Geschwulst, einen Fremdkörper im Unterleib zu fühlen, den wir bei behutsamer Untersuchung anfangs als diffuse Resistenz nachweisen können. Eine kombinierte Untersuchung ist erst dann ratsam, wenn die Schmerzhaftigkeit gänzlich aufgehört hat. Der Befund wechselt je nachdem, auf welchem Wege die entzündliche Erkrankung auf die Adnexa übergegangen war und welche anatomische Veränderungen sie zur Folge hatte. Der typische Weg ist die Schleimhaut, d. h. wenn die Infektion durch das Ostium uterinum, respektive durch die interstitielle Partie der Tube in diese eindringt, hier dieselben Veränderungen wie im Uterus hervorrufend, nämlich eine reichliche Eiterbildung seitens der Schleimhaut und der Tubengewinde, sowie auch die entzündliche Schwellung der peritonalen Hülle. Infolge hochgradiger Schwellung der Gewebe wird die Tube bedeutend verdickt und erhält eine geschlängelte Form. Wenn die Schleimhaut nicht übermäßig geschwollen ist, entleert sich der Eiter gegen den Uterus, und wir sehen das Bild einer Salpingitis entstehen, in welchem Falle bei kombinierter Untersuchung die bleistift- oder fingerdicke, vom Uterus bogenförmig nach rückwärts und unten gehende Tube fühlbar wird, in deren Wan-

Digitized by Google

dung stellenweise Knoten gefühlt werden können. Ist jedoch die Schwellung der Schleimhaut eine hochgradige, so kommt dies in erster Reihe im interstitiellen Teile dadurch zur Geltung, dass die Öffnung verschlossen und der Eiter verhindert wird, sich gegen den Uterus zu enleeren. Der Eiter sammelt sich daher in der Tube an, spannt deren Wandung und nimmt seinen Weg in der Richtung der freien, abdominalen Mündung der Tube. Der sich hier entleerende Eiter verursacht auf dem Peritoneum mit lokalen Exsudationen verbunden Entzündungen, welche in ihrem Endresultat zur Bildung von Adhäsionen und dadurch zu einer Knickung der Tube führen. Hier erfolgt jedoch sofort Selbstverteidigung des Organismus. Am abdominalen Ende der Tube schwellen die blumenkelchartig geordneten Fimbrien bedeutend an, und indem der Eiter die Wände infolge des auf dieselben ausgeübten Druckes auseinanderdrängt, rollen sich die gedunsenen Fimbrien gegen das Lumen ein, so dass die Enden des Peritoneums, welches das ampullare Ende der Tube überzieht, mit einander in Berührung kommen und durch Entstehung einer adhäsiven Perionitis das Lumen verschliessen.

Dies ist gewöhnlich der Mechanismus der Entstehung einer Pyosalpinx, resp. einer Saktosalpinx purulenta. Die Tube verwandelt sich in einen wurstförmigen eitrigen Sack, in dessen Konvexität das gesunde oder ebenfalls entzündlich erkrankte Ovarium seinen Platz hat. Zahlreiche, spinnwebeähnliche Adhäsionen verbinden die beiden Organe miteinander. Die Pyosalpinx bildet jedoch nicht immer eine einzige Höhle.

Es kommt häufig vor, dass die Schleimhaut, noch lange bevor die produzierte Eitermenge die Wände auseinander zu drängen vermochte, stark anschwillt; die einander gegenüberliegenden Schleimhautpartien können an einigen Stellen der geschlängelten, oft auch geknickten Tube miteinander in Berührung kommen und durch Zusammenwachsen der ihres Epithels beraubten Teile wird das Lumen der Tube an mehreren Stellen verschlossen, dadurch entstehen in der Pyosalpinx mehrere Höhlen, was sich auch in deren Form äussert.

Der Gonokokkus schreitet jedoch nicht bloss die Schleimhaut entlang, sondern auch längs der Lymphbahnen und des

Digitized by Google

Bindegewebes gegen die Adnexa fort und in diesem Falle greift er, noch ehe er in der Tube und im Ovarium die bereits beschriebenen Veränderungen hervorgebracht hätte, vorerst das Bindegewebe, das Bauchfell an, und so wird das früher erwähnte Krankheitsbild durch die Exsudate des Peritoneums und des Bindegewebes noch schwerer kompliziert. Wahrscheinlich führt diese Art des Fortschreitens der Infektion häufiger zu den schweren Erkrankungen der Ovarien, dem Entstehen des Ovarialabszesses.

Das klinische Bild ist auf Grund dieser Kenntnis der anatomischen Veränderungen leicht verständlich. Bei kombinierter Untersuchung wird entweder die verdickte, geschlängelte, knotige Tube oder aber der Stelle der Adnexa entsprechend ein, mit der Seite des Uterus zusammenhängender, nuss- bis orangengrosser Tumor gefühlt, der sich gegen das Becken scharf abgrenzt, mäßig oder kaum beweglich ist, und es kann in günstigen Fällen, wenn die Untersuchung durch Schmerzhaftigkeit nicht gestört ist, auch das ermittelt werden, ob in diesem Tumor die Pyosalpinx oder das Ovarium die Hauptmasse bildet. Nachdem dies aber für gewöhnlich nicht genau bestimmt werden kann, gebrauchen wir nach Breisky den Sammelnamen „Adnextumor" für die tumorähnlichen Gebilde, welche infolge der entzündlichen Erkrankungen der Adnexa des Uterus entstehen.

Wir sehen daher, dass in der Entwicklung der Gonorrhoe der aufsteigende Charakter vorhanden ist, daher erhielt sie das Epitheton „ascendens".

Es bietet sich jedoch selten Gelegenheit, diese stufenweise Entwicklung der Krankheit zu beobachten. In der Praxis haben wir es gewöhnlich mit der vollendeten Tatsache, der Gonorrhoea ascendens zu tun.

Es liesse sich darüber streiten, ob in diesen Fällen die anfänglichen, akuten Symptome ganz weggeblieben, oder bloss in gemilderter Form erschienen sind. Tatsache ist, dass es auch eine schleichend auftretende, mit anfangs unbedeutenden Symptomen einhergehende Form der weiblichen Gonorrhoe gibt, wo im Anschluss an ein langsames Siechtum die Krankheit sich auf den ganzen Genitaltrakt erstreckt, so dass,

Digitized by Google

wenn dieselbe zur Beobachtung kommt, die Symptome der Gonorrhoe in den äusseren Geschlechtsteilen vielleicht nicht einmal mehr vorhanden sind, so in dem schleimigen Sekret der Harnröhre und des Cervix keine Gonokokken nachgewiesen werden können, Uterus, Tube und Ovarium jedoch dabei die typischen Veränderungen zeigen.

Mit Hilfe der genauen Aufnahme der anamnestischen Daten gelingt es gewöhnlich, die Anfangssymptome der Krankheit zu ermitteln. Meistens wird hieraus ersichtlich, dass der Anfang des Kränkelns auf die erste Zeit nach der Heirat fällt. Im Beginn zeigten sich unbedeutende Beschwerden beim Harnlassen, häufiger Drang zum Urinieren, Brennen usw., welche nach kurzem Bestehen aufhörten, sich jedoch öfter wiederholten. Auf diese Störungen folgte bald ein geringer Fluor, dann Empfindlichkeit im Unterleibe und Störungen der Menstruation, alles unzweifelhafte Anzeichen der Endometritis. Noch später gesellten sich Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes dazu, welche sich besonders nach Anstrengungen, wie Ausflügen, Tanz, Schlittschuhlaufen usw., steigerten. Der ganze Organismus büsst diese in 1—2 Jahren sich entwickelnde Krankheit; die meisten Kranken magern ab, werden blutarm, und in der Folge entwickelt sich ein wechselvolles Bild der Neurasthenie. Die Angehörigen, oft sogar auch der Hausarzt sind geneigt, den Grund der Krankheit als deren Folge zu betrachten, und die Schwäche des Organismus als die Ursache des Fluor, der Dysmenorrhoe oder der eventuellen Menorrhagien betrachtend, kämpfen sie ausschliesslich gegen die Blutarmut und Nervosität an.

Doch ist die chronische Gonorrhoe nicht immer mit solch schweren Folgen verbunden; oft ist die Kranke bei deutlich ausgeprägtem Adnextumor rot, vollwangig, manchmal übermäßig fett. Besonders oft ist dies der Fall, wenn die Krankheit keine ausgesprochene Peritonitis verursacht, sondern nur zeitweise, besonders beim Gehen, Unterleibsschmerzen auftreten, wegen welcher sich die Kranke das Gehen allmählich abgewöhnt; wenn sie sich bei dieser meist sitzenden Lebensweise auch noch reichlich nährt, kann sie äusserlich den Eindruck

Digitized by Google

der gesündesten Frau machen, welche den Spezialarzt bloss deshalb zu Rate zieht, um den Grund ihrer Sterilität zu erfahren.

Worin kann der Grund dieser verschiedenen Formen liegen, in denen die Gonorrhoe erscheint? Es ist unmöglich anzunehmen, dass bei all den Frauen, bei denen wir als Endresultat die typischen Veränderungen der inneren Geschlechtsorgane finden, die Krankheit mit denselben vehementen Prodromalsymptomen begonnen habe, wie sie beim Krankheitsbilde des akuten Trippers beschrieben wurden, und dass Indolenz und Schamgefühl die Ursachen dessen waren, dass die Kranken sich nicht an einen Arzt wandten.

Es ist aus folgenden Gründen unmöglich, dies anzunehmen:

1. finden wir dieses Krankheitsbild sehr oft auch bei den intelligentesten Frauen, deren Angaben zu bezweifeln kein Grund vorhanden ist, und die betonen, die Anfangsbeschwerden seien so geringe gewesen, dass sie dieselben keiner Beachtung wert fanden;

2. ist es uns als Fachmännern bekannt, dass jene falsche Scham, welche die Kranken früher vom Arzte zurückhielt, heute schon im Aufhören begriffen ist. Wie oft wird unser Rat wegen viel belangloserer Dinge in den auf die Brautnacht folgenden ersten Tagen in Anspruch genommen? Bloss die Symptome der Gonorrhoe sollten verheimlicht werden?

3. sind wir gerade durch das Aufhören der falschen Scham in einzelnen Fällen unmittelbare Zeugen der schleichenden Entwicklung der Gonorrhoe. Eben jetzt steht eine seit 4 Wochen verehelichte junge Frau unter meiner Beobachtung, die über häufigen Harndrang klagte, als sie bei der Ordination erschien. Es ist bei ihr nichts anderes zu konstatieren, als eine sehr torpide Urethritis mit wenig schleimigen Sekret und nachweisbaren Gonokokken. Der Gatte beendete zwei Monate vor seiner Verheiratung eine antigonorrhoische Kur. — Ich sandte ihn behufs neuerer Untersuchung zu seinem behandelnden Arzte zurück, doch war der Befund ein negativer.

Ähnliche Fälle mochten es sein, die Nöggerath zu der Annahme veranlassten, dass der Tripper des Mannes nicht

Digitized by Google

ganz heilt, sondern in latenter Form fortbestehend, die latente Gonorrhoe des Weibes verursacht.

Natürlich ist Nöggerath nicht im Rechte. Doch ist es zweifellos, dass es eine schleichende, ohne akute Symptome oder nur mit geringen Beschwerden einhergehende Form der weiblichen Gonorrhoe gibt, deren Entstehung auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nur so erklärt werden kann, dass der die Krankheit erregende Gonokokkus in seiner Virulenz bedeutend abgeschwächt war; auch ist vorauszusetzen, dass bei Entwicklung des Krankheitsbildes die Zahl der Gonokokken, welche die Infektion verursachen, gleichfalls eine Rolle spielt. Jedenfalls geht eine Infektion mit schwereren Symptomen einher, wenn der Eiter von Gonokokken wimmelt, als wenn nur minimales schleimiges Sekret vorhanden ist, in welchem der Urologe nur mit Kniffen die letzten Mohikaner zu entdecken vermag.

Klinisch müssen daher zwei Hauptformen der weiblichen Gonorrhoe angenommmen werden: jene, welche mit akuten Fiebererscheinungen beginnt, in kurzer Zeit den ganzen Genitalkanal oder einen Teil desselben inficiert, und eine andere Form, die schleichend, ohne Fieber auftritt, in ihrem Endresultate aber zu denselben Veränderungen führt, wie erstere. Die im weiteren Verlaufe der Krankheit bemerkbaren Abweichungen, dass nämlich in einem Falle die Peritonitis zeitweise rezidiviert, während sie in einem anderen torpid verläuft, sind auf dieselbe Ursache, d. h. auf die Verschiedenheit des Infektionsstoffes zurückzuführen.

Diese Verschiedenheit der gonorrhoischen Infektion kommt auch in den anatomischen Veränderungen zur Geltung. Es gibt keine typische Form der Endometritis; wir finden alle drei Bilder der Ruge'schen Einteilung. In einem Falle tritt eine fingerdicke endzündliche Schwellung der Tube ein, welche gelblich-grünen Eiter enthält, in einem andern Falle enthält die zwischen lockere, spinnwebeähnliche Adhäsionen eingebettete, dünnwandige Tube nur wenig trübes Serum, d. h. die Krankheit führt zur Entstehung einer Saktosalpinx serosa.

Digitized by Google

Ebenso enthält das Ovarium in einem Falle einen Abszess, um in einem andern das Bild der kleinen zystösen Degeneration darzubieten.

Schliesslich wie das Krankheitsbild, so ist auch der Verlauf ein sehr verschiedener. Wie bereits erwähnt, heilt in seltenen Fällen die auf die äusseren Geschlechtsteile beschränkte, ja sogar die auf den Uterus übergreifende Gonorrhoe auch spontan, sehr häufig ist dieselbe heilbar in anderen aber trotzt sie jeder Behandlung.

Die spontane Heilung ist sogar bei Erkrankungen der Tuben nicht ausgeschlossen. Vor vier Jahren erkrankte eine meiner Wöchnerinnen nach Ablauf ungestörter 4 Wochen sehr schwer an akuter, vom Gatten aquirierter Gonorrhoe. In kurzer Zeit entwickelten sich beiderseits nahezu faustgrosse Adnextumoren, welche nach zwei Monaten absoluter Bettruhe bis zur Eigrösse einschrumpften. Behufs Nachkur, dem Gebrauche von Salzbädern, reiste sie aufs Land zu Verwandten. Vor der Abreise tröstete ich sie damit, dass sie infolge dieses Inzidentes, ihrem Wunsche konform, kein Kind mehr zur Welt bringen würde. Als ich die Dame nach einem halben Jahr wiedersah, war sie im 3. Monate gravid und ist seitdem vollkommen gesund.

Die Praxis straft die Theorie oft Lügen. Die Theorie lehrt, dass nach Entstehung der Saktosalpinx die im Sekrete angehäuften Bakterien ihre eigenen Produkte vernichten: Der Eiter oder das Serum wird ungefähr in 3 Monaten steril; es ist auch Tatsache, dass bei den Ergebnissen der Operationen der Inhalt der Saktosalpinx in 60—70% steril gefunden wird. Und trotzdem sehen wir, dass sich die Adnextumoren der chronischen Gonorrhoe Jahre hindurch im Gefolge akuter Symptome erneuern. Sollte dies der „sterile“ Eiter tun? Keineswegs. Denn die klinische Beobachtung lehrt auch, dass die Grösse dieser Adnextumoren wechselt. Heute wird ein linksseitiger, eigrosser Tumor gefunden, während rechts bloss eine diffuse Resistenz gefühlt wird, und schon in einigen Wochen steht die Sache umgekehrt: links wird die Resistenz gefühlt und rechts der Tumor. Das Kleinerwerden des Tumors konnte

Digitized by Google

nur durch Entleerung seines Inhaltes entstehen, der Weg gegen den Uterus oder die Bauchhöhle musste daher frei geworden sein. Die entleerte Tube füllt sich jedoch von neuem, was im Verlaufe der Jahre unzähligemal wechselt, und nichts anderes als das angesammelte neue katarrhalische Produkt sein kann; dieses Produkt entsteht lediglich auf die Weise, dass sich Gonokokken in der Wandung der Tube einnisten, die Jahre hindurch ihre Infektiosität behalten können.

Je häufiger sich die Entzündung erneuert, desto mehr Attacken ist auch das Bauchfell ausgesetzt, welches ein ganzes Labyrinth von feinen spinnwebartigen Adhäsionen produzieren kann, die die Sexualorgane mit einander und ihre Umgebung in den verschiedensten Variationen zu verbinden vermögen. Am häufigsten sind unter diesen Verwachsungen die Adhäsionen der Gedärme mit den damit einhergehenden sekundären Erscheinungen, Trägheit der Gedärme, Obstipation. Oft stören diese Verwachsungen auch die Durchgänglichkeit des Darmes, und in diesem Falle gesellt sich zu dem Krankheitsbilde noch Darmkolik.

Dies wären die Veränderungen, welche ein skizzenhaftes Bild der weiblichen Gonorrhoe darstellen.

Der andere Typus der infektiösen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ist die puerperale Infektion.

Unter puerperaler Infektion wird die septische Infektion gemeint, welche zwar jederzeit die weiblichen Sexualorgane ergreifen kann, aber gerade während des Wochenbettes, resp. der Geburt sind die Verhältnisse einer Infektion einerseits wegen der Sukkulenz der Gewebe, andererseits zufolge Hypertrophie der Blut- und Lymphgefässe, so günstige, dass im Vergleiche hierzu andere Fälle von Infektion in verschwindend kleiner Zahl vorkommen, daher kann vom praktischen Standpunkte die septische Infektion mit der puerperalen identifiziert werden.

Heute wird die puerperale Infektion für eine exogene Infektion angesehen. Zwar ist die Möglichkeit nicht ausge-

Digitized by Google

schlossen, dass schon die in der Scheide vorhandenen Mikroorganismen durch sogenannte Autoinfektion eine Erkrankung herbeiführen können*).

Besonders die Gonokokken werden seit einigen Jahren verdächtigt, die Ursache solch schwerer Infektionen zu sein. Der eingeschleppte septische Stoff kann nach den Erfahrungen neuerer Forschungen ganz so wie die Gonokokken längs der Schleimhaut nach oben vordringen, septische Endometritis und verschiedene Formen der Salpingitis verursachen, doch werden jene als typische Formen der puerperalen Infektion betrachtet, die sich auf dem Wege der Lymphbahnen resp. Blutgefässen weiter verbreiten. Der hineingelangte Infektionsstoff bewirkt, seiner Art und Virulenz entsprechend, mehr oder minder schwere, auch in ihrer Ausdehnung verschiedene Erkrankungen. Jene schweren Formen der Krankheit, welche wie die fulminante Sepsis, das Leben innerhalb einiger Tage vernichten, oder solche Formen, wo der Blutstrom die Krankheit vermittelt und den ganzen Organismus an den entferntesten Polen angreift, gehören nicht in den Rahmen meiner Auseinandersetzungen. In die Krankheitsbilder der entzündlichen Affektionen gehören jene Formen, wo die Krankheit, den Lymphbahnen entlang schreitend, solche Erkrankungen verursacht, welche sich auf das kleine Becken beschränken. Gewöhnlich infiziert der Streptococcus und der Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Die Vermittler der Infektion, in der Regel die Hand der Hebamme, oder des Arztes oder deren Instrumente. Die Infektionspforte stellen die Verletzungen und Abschürfungen der Schleimhaut dar, welche im Genitalkanal während der Austreibungsperiode entstehen und sich infolge Wirkung der hineingelangenden Bakterien in Geschwüre umwandeln. Der Organismus verteidigt sich gegen die Invasion der Bakterien, indem auf dem Geschwürsgrunde ein reaktiver Entzündungswall entsteht und die Krankheit dadurch zu einem auf die Schleimhaut sich beschränkenden Prozess von lokaler

*) Dies bedeutet jedoch nur einen Unterschied in der chronologischen Reihenfolge, denn die pathogenen Mikroorganismen, welche bei der Autoinfektion eine Rolle spielen, mussten doch auch einmal in die Scheide hineingelangen.

Digitized by Google

Bedeutung wird; die Mikroorganismen können jedoch auch in die Tiefe der Gewebe resp. in die Lymphgefässe eindringen. Poirier's grundlegenden Untersuchungen folgend, lernen wir das Netz der Lymphbahnen der weiblichen Sexualorgane kennen. Bekanntlich sind jene Lymphbahnen, welche von der untersten Schicht der Uterusschleimhaut und der Scheide ausgehend diese Organe durch ein reiches Netz miteinander verbinden, untereinander, wie auch mit dem Bindegewebe des Beckens in unmittelbarem Zusammenhange, so dass die erste Station des durch die Risse der Vulva, Vagina oder Cervix eindringenden Infektionsstoffes das parametrane Bindegewebe ist, welches die beiden Platten des Ligamentum latum miteinander verbindet. Durch die Vermittlung dieses Bindegewebes kann sich die Infektion des Uterus auch auf die Adnexa erstrecken, oder sie schreitet aufwärts längs des retroperitonealen Bindegewebes oder nach vorne, im Anschluss an das praeperitoneale Bindegewebe, in das praevesikale Gewebe und weiter nach oben in das Cavum Retzii. Die Infektion des Bindegewebes erscheint klinisch als Exsudat, welches nach Beschaffenheit des Infektionsstoffes einen serösen, fibrinösen, eitrigen oder jauchigen Charakter haben kann. Ebenso ist die Grösse, Ausdehnung und das klinische Bild des Exsudates je nach der Art der Infektion verschieden.

Das seröse Exsudat entwickelt sich am raschesten und erreicht verhältnismäßig grosse Dimensionen; die begleitenden febrilen Temperaturen können einen hohen Grad erreichen, manchmal gehen sie mit 1—2 Frostanfällen einher, dauern jedoch nicht lange, und wenn keine neuere Komplikation hinzutritt, verschwinden sie in 2—3 Wochen vollständig.

Das fibrinöse Exsudat entwickelt sich gewöhnlich langsam, nicht selten im Gefolge hohen, permanenten Fibers — durch 1—2 Wochen —, seine Rückbildung beansprucht jedoch Wochen, manchmal Monate, und oft genug bezeichnet nach der Resorption eine diffuse Resistenz noch lange den Ort der Erkrankung.

Das eiterige Exsudat entwickelt sich im Anschluss an Schüttelfrost, in Begleitung von um 40° herum sich bewegenden Temperaturen, kann lange bestehen bleiben, weil es längs des Bindegewebes weit vorzudringen vermag, und Veranlassung

Digitized by Google

zu monate-, manchmal jahrelanger Krankheit bieten kann. Es kann ganz bedeutende Ausdehnung erreichen. In günstigen Fällen führt es durch Lokalisation in dem Bindegewebe des Beckens zur Abszessbildung; dieser Abszess kann dann spontan gegen Blase, Mastdarm oder Scheide durchbrechen oder Veranlassung zu operativem Eingriff geben, gelegentlich verdichtet sich auch der Eiter infolge allmählicher Rückbildung des Infektionsstoffes und er kann über kurz oder lang infolge regressiver Metarmophose ganz verschwinden. Wenn der Infektionsstoff jedoch auf dem Wege des Lymphgefässnetzes auch Tuba und Eierstock in den Bereich der Erkrankung einbezieht und Gelegenheit zur Entstehung einer Saktosalpinx purulenta oder eines Ovarialabszesses bietet, so ist die Dauer der Krankheit unberechenbar und ihre Wirkung auf den Organismus kann von schwerwiegendsten Folgen werden.

Die bedenklichste Form der Infektion ist die mit jauchigem ichorösem Exsudate einhergehende, welche sich zu der virulentesten Infektion hinzugesellt und oft gleichzeitig mit der schweren Erkrankung der Scheide und des Endometrium: der Kolpitis und der Endometritis diphtheritica einhergeht. Das jauchige Exsudat des Bindegewebes ist gewöhnlich sehr klein und steht nicht mit der Schwere der klinischen Erscheinungen im Verhältnis. Im Gefolge täglich einigemal auftretender Schüttelfrostanfälle steigt die Temperatur auf 40—41° C, in kurzer Zeit erreicht auch der Puls die Höhe von 150—160, er ist leicht unterdrückbar, und bei diesen schweren Allgemeinerscheinungen ist eigentlich mehr als ein Exsudat, eine Resistenz in irgend einem Teile des Bindegewebes des Beckens fühlbar. Die echte jauchige Parametritis zieht gewöhnlich im Laufe der ersten Woche den Tod der Kranken nach sich. Diese entzündliche, auf Infektion beruhende Erkrankung des Bindegewebes bleibt jedoch selten auf das Bindegewebe lokalisiert. Gewöhnlich wird auch der entsprechende Bauchfellüberzug in den Bereich der Krankheit einbezogen, wodurch das klinische Bild einer lokalen Peritonitis entsteht; auch seitens des Bauchfelles kommt es zur Bildung eines Exsudates, durch welches die Form des im Bindegewebe entstandenen Exsudates sehr häufig eine Veränderung erleidet.

Digitized by Google

Wir sehen daher, dass sich im kleinen Becken im Gefolge entzündlicher Prozesse Tumoren bilden können, deren Genesis ebenso wie ihre Prognose verschieden sind, und so ist die Kenntnis ihres klinischen Bildes vom Standpunkte der Differentialdiagnose wichtig.

Diese Tumoren sind: 1. die von den Salpingo-oophoritiden stammenden sogenannte Adnextumoren, 2. die Exsudate des Parametrium, 3. diejenigen des Peritoneums.

Die Adnextumoren sind mit einer oder beiden Seiten des Uterus durch einen dicken, jedoch gewöhnlich kurzen Stiel verbundene, deutlich abgegrenzte, elastische, mehr oder weniger empfindliche Geschwülste von unebener Oberfläche, welche je nach der Masse der sie umgebenden perimetritischen Adhäsionen fixiert oder in geringem Maße beweglich sind; in günstigen Fällen kann in denselben die wurstförmige Tube von dem Ovarium unterschieden werden.

Die Exsudate des Parametriums nehmen den Raum zwischen den zwei Platten des Ligamentum latum ein. Nachdem aber das Lig. latum eine Falte des Bauchfelles darstellt, welche auch das Corpus uteri einschliesst, zieht sich das parametrane Bindegewebe zwischen den zwei Platten des Bauchfelles von der Seite des Uterus bis zur Beckenwandung hin. Es ist daher natürlich, dass auch dessen entzündliches Produkt der Seite des Uterus fest anliegt, resp. dass es sich von hier, je nach Beschaffenheit des Exsudates, als harte oder fluktuierende Geschwulst bis zur Seitenwand des Beckens fortsetzt, und wenn es diese erreicht hat, breit am Knochen haftet. Wenn das parametrane Exsudat beiderseitig ist, kann der Uterus in die Exsudatmasse vollkommen eingebettet werden, in welchem Falle seine Konturen nicht gefühlt werden können. Das parametrane Exsudat stammt am häufigsten von solchen Infektionen, die durch Verletzungen der Cervix bedingt werden, es bildet sich daher aus dem Bindegewebe, welches die cervikale Portion umgibt, und so liegt es gewöhnlich sehr nahe dem Scheidengewölbe, welches dadurch nach unten vorgewölbt wird. Häufig geschieht es auch, dass sich die Entzündung des Bindegewebes

Digitized by Google

nicht auf das Parametrium lokalisiert, sondern in das den Uterus und besonders die Cervix umgebende Bindegewebe weiter vordringt. Wenn das Exsudat bis zu den Douglas'schen Falten vorgedrungen ist, kann es am besten durch das Rektum gefühlt werden, wo es als ein den Mastdarm halbmondförmig umgebender harter Ring erscheint, der mit seinem hinteren Ende dicht am Kreuzbeine haftet, die Entzündung des Bindegewebes kann sich auch nach unten ausdehnen, kann in das Septum rektovaginale seinen Weg nehmen und dringt dann als harter Keil mit seinem unteren dünneren Ende gegen den Damm.

Wenn wir einen Finger in den Mastdarm, den anderen in die Scheide einführen, können wir die Dicke der Exsudatmasse direkt abschätzen. Die nach vorn fortschreitende Entzündung nimmt ihren Weg längs des paravesicealen Bindegewebes ins Cavum Retzii und kann als praeperitoneales Exsudat bis zum Nabel reichen. Gewöhnlich treten in solchen Fällen auch Blasenbeschwerden auf und über der Symphyse ist das Exsudat als ganz hartes oder fluktuierendes Infiltrat gut fühlbar.

Die entzündlichen Prozesse des parametranen, oder wir können auch sagen, des Beckenbindegewebes, erscheinen daher in verschiedener Form und Ausdehnung; es ist charakteristisch für dieselben, dass sie die Neigung haben, sich seitwärts auszudehnen, und wenn sie die Beckenwandung erreicht haben, verwächst die Exsudatmasse breit mit dieser.

Ist das Exsudat eitrig, so können in der Richtung des Bindegewebes die verschiedensten Senkungsabszesse entstehen.

Die exsudativen Tumoren des Peritoneums nehmen den Raum der Peritonealhöhle ein, d. h. sie kommen hauptsächlich in der vorderen und rückwärtigen Douglas'schen Falte vor. — Sie sind gewöhnlich von flüssiger Beschaffenheit: Das entzündliche Produkt ist eitrig, serös oder jauchig, die entstandenen Tumoren rund, gegen die Beckenwand scharf abgegrenzt, vor oder hinter dem Uterus fühlbar. Bei rektaler Untersuchung fühlt sich die Wand des Exsudates glatt an, von diesem zur Beckenwand ziehende Stränge werden nicht gefühlt.

Digitized by Google

Dies sind die Typen der entzündlichen Tumoren des Beckens.

Zwar kann ich mich in meinem Vortrage nicht in Einzelheiten einlassen, kann aber trotzdem nicht umhin, an dieser Stelle im Zusammenhange mit den entzündlichen Tumoren die Appendicitis und Extrauterinschwangerschaft vom Standpunkte der Differentialdiagnose zu erwähnen.

Die Appendicitis kann mit rechtsseitigen Adnextumoren verwechselt werden. Das klinische Bild wird häufig durch die Anamnese kompliziert, denn Darmstörungen sind regelmäßig auch Begleiterscheinungen der entzündlichen Krankheiten. Es können auch gleichzeitig beide Krankheiten bestehen: Die Appendix kann mit der entzündlich erkrankten Tube verwachsen. Die Differentialdiagnose kann besonders in solchen Fällen, wo wir einem vollständig entwickelten klinischen Bilde gegenüberstehen, sehr erschwert sein. Beim Weibe senkt sich nämlich das die Appendicitis begleitende Exsudat am häufigsten in den Douglas'schen Raum und kann uns das Bild einer entzündlichen Erkrankung des Genitalkanals vollkommen vortäuschen. — Ist man in der Lage die Krankheit in ihrem Entstehen zu kontrollieren, so kann man die zweifellose Überzeugung gewinnen, dass sich die Stelle der ersten Schmerzhaftigkeit, der Resistenz, welche der Exsudation vorangeht, über dem Becken auf dem rechten Darmbeinteller befindet, und da wird das Becken zu dieser Zeit noch leer, die Genitalien gesund befunden, während 1—2 Tage später das Exsudat das Becken ausfüllen kann.

Beim Aufstellen der Diagnose ist auch das wichtig, dass die Adnexerkrankungen nicht mit so schweren Magenstörungen und Schüttelfrostanfällen einhergehen, wie die Eiterung des Wurmfortsatzes.

Die Extrauterinschwangerschaft, welche am häufigsten eine tubare ist, kann im Entwicklungsstadium das Bild eines Tumors der Tube vortäuschen. Die anamnestischen Daten können Aufklärung geben. Wenn der Fruchtsack geborsten ist, kann das begleitende Haematom einem rapid entstandenen parametranen oder den Douglas'schen Raum ausfüllenden Exsudate täuschend

Digitized by Google

ähnlich sein, in diesen Fällen werden uns in der Regel Anamnese, die begleitende akute Anämie, Fieberlosigkeit, eventuell Collapsus auf die richtige Fährte lenken.

In diesen ein wenig weitschweifigen, aber trotzdem skizzenhaften Krankheitsbildern beabsichtigte ich, die zwei Haupttypen der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane darzustellen, namentlich: die Infektionen, welche der Schleimhaut entlang und jene, die längs der Lymphbahnen fortschreiten. Doch ist dies bloss als Schema zu betrachten. Im Leben werden oft Fälle beobachtet, welche vom Typus abweichen. Es gibt gonorrhoische Infektionen mit Entzündungen des Bindegewebes und es kommen septische, puerperale Infektionen, durch Streptokokken hervorgebracht, zur Beobachtung, welche längs der Schleimhaut nach oben fortschreiten. Doch sind dies Ausnahmen, wo die Theorie der Mischinfektion in Frage kommt. Die Mischinfektion ist bekanntlich Bumm's Hypothese, und obgleich Wertheim's Untersuchungen dafür sprechen, dass der von den Gonokokken verbrauchte Nährboden für die Entwicklung fremder Bakterien ungeeignet ist, gibt die Praxis — meiner Ansicht nach — doch eher Bumm recht. Das klinische Bild der entwickelten Gonorrhoe ist, wie wir sehen, sehr verschieden. In den häufigsten Fällen oder bei entsprechendem Verhalten tritt innerhalb 2—3 Jahre ein Stillstand in der Krankheit ein. Die Grösse der Adnextumoren ist zeitweise eine veränderte, doch werden die Anfälle immer seltener, schliesslich zeugt ein indolenter Adnextumor, der kaum Störungen verursacht, von der abgelaufenen Krankheit. Es gibt jedoch Fälle, besonders bei dem sich vernachlässigenden Volke, wo während des ganzen Lebens ein Anfall auf den anderen folgt, und es ist charakteristisch für diese Anfälle, dass das ganze Bindegewebe des Beckens an der Krankheit teilnimmt, dass Exsudate, und als deren Resultat ein Labyrinth von Adhäsionen mit der Zeit die Adnexa umgeben. Werden solche Fälle operiert, so findet man statt der für die Gonorrhoe charakteristischen, spinnwebeartigen Adhäsionen, starre, infiltrierte Stränge, eitrige Herde von verschiedener Grösse, die garnicht in den Rahmen des gewöhnlichen Krankheitsbildes passen wollen. In vielen Fällen wurden solche Adnextumoren bak-

Digitized by Google

teriologisch untersucht. In den meisten Fällen, wenigstens in der Saktosalpinx, ist der Eiter steril, doch werden häufig genug Strepto- und Staphylokokken, das Bacterium coli, Pneumokokkus Fraenkel, Löffler'sche Bazillen und andere gefunden. Wie kamen diese hierher? Waren sie etwa die Urheber der Krankheit? Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlosssen. Jeder, der auf eine längere Praxis zurückblicken kann, wird sich an Fälle erinnern, in denen eine jahrelang beobachtete Gonorrhoe ihren Charakter plötzlich ändernd in jenes schwerere Krankheitsbild überging, welches kurz Eiterung des Beckens genannt werden kann. Jedes Organ des Beckens ist da schon erkrankt, der Genitalkanal, das Bindegewebe, das Bauchfell, und in sehr vernachlässigten Fällen sind auch Gedärme und Blase infolge Durchbruches der Abszesse in den Bereich der Krankheit einbezogen.

Dieses Krankeitsbild wird jedoch nicht mehr durch den Gonokokkus hervorgerufen, sondern durch ein anderes Bakterium, dessen Eindringen auf verschiedene Art erklärt werden kann. Am leichtesten verständlich ist die durch den Darm vermittelte Infektion. Die entzündlichen Prozesse und die einhergehende Peritonitis haben gewöhnlich zahlreiche Verwachsungen mit den Gedärmen zur Folge. Bei chronischen Prozessen sind die Tumoren vollkommen zwischen die Gedärme eingebettet. Die angewachsene Darmwand hat ihre Impermeabilität eingebüsst, sie lässt ihre Bakteriumflora gegen den entzündlichen Tumor durch, und die sekundäre, nunmehr septische Erkrankung kann ihren Anfang nehmen. Doch auch abgesehen hiervon, setzt sich eine solche Kranke vielfach ärztlichen Untersuchungen, auch Behandlungen aus und diese bieten häufig genug die Möglichkeit einer Infektion.

Tatsache ist, dass es inveterierte Prozesse gibt, in denen die 2 Haupttypen der entzündlichen Krankheiten vollkommen ineinander fliessen, so dass lediglich die Ätiologie einigermaßen die Anamnese erklärt.

Aus den Vorgeschichten ist ersichtlich, dass die zwei Haupttypen der entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, nämlich die Gonorrhoe und die puerperale Infektion gewöhn-

Digitized by Google

lich den ganzen Genitalkanal angreifen und hängt der Grad der Ausdehnung von der Intensität des Infektionsstoffes, dem Verhalten der Kranken, den ärztlichen Eingriffen und sonstigen Nebenumständen ab.

Doch sind nicht bloss diese zwei Infektionen die Vertreter der das ganze System befallenden infektiösen Krankheiten. Eine solche ist auch die tuberkulöse Infektion, deren praktische Bedeutung jedoch eine geringe ist, weil sie als primäre Erkrankung zu den Seltenheiten gehört. Der Regel nach pflanzt sich die Tuberkulose der Nachbarorgane, besonders des Bauchfells und Darms auf die Genitalien fort oder die Krankheit hat bereits anderswo, zum Beispiel in den Lungen einen Herd. Es geschieht jedoch auch, dass der Ausgangspunkt der Krankheit der Genitalkanal ist, u. zw. welcher Teil desselben immer. In der Vulva oder Scheide kann die Krankheit als Geschwür auftreten und nach geschehener Ekszision auf Grund der bakteriologischen Untersuchung die Diagnose aufgestellt werden. Die Erkrankung des Endometrium liefert durch die Kurettage Material zur Untersuchung. Die Tuberkulose der Tube unterscheidet sich nicht wesentlich von den entzündlichen Adnextumoren und wird gewöhnlich mit Hilfe der Laparotomie erkannt.

Wir dürfen jedoch nicht glauben, mit diesen drei Haupttypen der infektiösen Krankheiten die Ätiologie erschöpft zu haben.

Wie bei der Erörterung der Mischinfektionen erwähnt wurde, fand man in Fällen von Saktosalpinx ausser den Gonokokken, den Staphylo- und Streptokokken eine ganze Serie von pathogenen Mikroorganismen. Diese Fälle können auch so erklärt werden, dass diese Bakterien nicht als Begleiter der Gonokokken hineingelangt sind, sondern durch den ganzen Genitalkanal fortschreitend als selbständige Krankheit auftreten.

So viel ist sicher, dass ausser den, den ganzen Genitalkanal befallenden infektiösen Krankheiten in grosser Zahl isolierte Katarrhe der Scheide und des Uterus beobachtet werden, welche sich auf eine kleine Fläche, z. B. der Cervix

Digitized by Google

lokalisieren, und in keine der bisher erwähnten Typen eingereiht werden können. Solche sind jene sehr häufig vorkommenden Formen der Kolpitis und Endometritis, welche als Überbleibsel eines normal verlaufenden Wochenbettes oder Abortus, eventuell auch als senile Erscheinung beobachtet werden. In ihrer Ätiologie spielt ausser dem bereits Erwähnten auch Erkältung, Überanstrengung usw. eine Rolle. Das Sekret enthält gewöhnlich Mikroben, Saprophyten, manchmal auch eitererregende Pilze, und entsteht die Krankheit aller Wahrscheinlichkeit nach infolge einer Infektion, doch ist der Infektionsstoff nicht so geartet, dass die Krankheit auf der Schleimhaut fortschreiten könnte. Dammrisse und solche des Muttermundes befördern diese katarrhalischen Prozesse dadurch, dass die Vulva resp. die Cervix klafft, und hierdurch für von aussen kommenden Schmutz zugänglicher werden. Es ist meine feste Überzeugung, dass die Bakterien häufig durch antikonzeptionelle Mittel, besonders durch den Gebrauch des Pessarium occlusivonum eingeschleppt werden.

Diese gutartigen Endometritiden äussern sich klinisch durch Fluor oder unregelmäßige Blutungen, oft verursachen sie Unterleibs- und Kreuzschmerzen, und produzieren am häufigsten ausgedehnte Erosionen am Muttermund. Histologisch bieten sie ohne jedes System das Bild der Endometritis interstitialis, glandularis oder gemischter Form dar.

Es ist nicht unmöglich, dass in einzelnen Fällen diese auf die Scheide oder Gebärmutter lokalisierten Katarrhe auch bis zur Tube fortschreiten können und jene Formen der Saktosalpinx erzeugen, bei welchen weder Gonokokken, noch Streptokokken, sondern andere Mikroben gefunden werden.

Doch kommen auch solche Formen von Endometritis vor, wo trotz des mikroskopisch nachweisbaren entzündlichen Charakters die Infektion derzeit nicht bewiesen werden kann. Eine solche ist die Endometritis exfoliativa.

Im Gefolge von Fibromen oder Retroflexionen ist gewöhnlich nicht ein Katarrh, sondern eine durch Zirkulationsstörungen bedingte Hyperämie die Ursache der vermehrten Sekretion des Endometrium, eventuell seiner Neigung zu Blutungen, was nach längerem Fortbestehen zur bedeutenden Verdickung der

Digitized by Google

Mucosa führen kann. In Anbetracht dessen jedoch, dass die Hyperämie das erste Stadium der Entzündung ist, finden wir es begreiflich, dass das Einführen eines Instrumentes (am häufigsten der Sonde), wenn dies nicht vollkommen aseptisch geschieht, sehr leicht die Schleimhaut infizieren kann und zur Entstehung wirklicher Katarrhe Veranlassung gibt.

Bei den bisher beschriebenen Arten der Infektion dringt der Infektionsstoff durch die äusseren Geschlechtsteile ein. Eine Ausnahme bildet die Tuberkulose. Es ist jedoch auch auf diese Weise eine Infektion möglich, dass von dem mit Tube oder Ovarium verwachsenen Darm das Bakterium, besonders das Bact. coli durch die Darmwand einwandert. Und schliesslich müssen wir annehmen, dass ausnahmsweise auch der Blutstrom die Infektion vermitteln kann, denn nur so können die seltenen Fälle des Abscessus Ovarii erklärt werden, welche sich z. B. zum Typhus oder Scarlatina gesellen.

* * *

Abgesehen von den schweren Fällen der puerperalen Sepsis und den tuberkulösen Erkrankungen, können die infektiösen Krankheiten der weiblichen Sexualorgane im allgemeinen quoad vitam als gutartige Prozesse angesprochen werden, da sie bei entsprechendem Verhalten das Leben nicht gefährden. Doch ist dieses entsprechende Verhalten sehr wichtig.

Die katarrhalen Erkrankungen der Vulva, Vagina und des Uterus sind mit der nötigen Geduld seitens des Arztes und der Patientin heilbar. Wenn der infektiöse Prozess bereits die inneren Geschlechtsteile und deren Umgebung, d. h. jene Teile ergriffen hat, welche lokal mit unserem bakteriziden Verfahren nicht erreichbar sind, kann ein Stillstand des Prozesses nur nach Verlauf einer langen Zeit erwartet werden. Währenddessen jedoch ist sehr ruhige, umsichtige Lebensweise geboten. — Wenn sich die Patientin aus Leichtsinn nicht schont, oder dies infolge ungünstiger Verhältnisse nicht zu tun vermag,

Digitized by Google

(während der akuten oder subakuten entzündlichen Anfälle schwere Arbeiten verrichtet), kann sich das Krankheitsbild der schweren, eventuell tötlich verlaufenden Peritonitis entwickeln. — Gewöhnlich vernichten nicht die mit Perforation, Eiterentleerung einhergehenden entzündlichen Prozesse das Leben, sondern die Entzündung übergeht auf das Bindegewebe, und eine Legion von Abszessen entsteht im Becken. Einzelne Abszesse perforieren gegen den verwachsenen Darm oder die Blase, und monate-, manchmal jahrelang währende eitrige Prozesse führen unter ständigem Fieber durch Entstehung amyloider Degeneration zur Erschöpfung des Organismus. Auf meiner Abteilung gehen jährlich 1—2 Kranke auf diese Art zu Grunde, die durch eine Operation nicht mehr gerettet werden können. Nur durch die Sektion gewinnen wir einen Einblick in die Veränderungen, welche infolge dieser jahrelangen Eiterungen entstehen. In den meisten Fällen ist das ganze Becken von eitrigen Gängen durchsetzt, es werden allerorts bohnen- bis eigrosse Abszesse gefunden, zwischen diesen ein Labyrinth von narbigen Bindegewebssträngen, so dass nicht einmal das Seziermesser die einzelnen Teile der Adnexa von einander zu trennen vermag. Wir hatten Fälle, wo solche Beckenabszesse so vielfach in die Flexur perforierten, dass die Darmwand siebartig durchlöchert war. Dieses Krankheitsbild kommt jedoch nur bei der ärmsten, auf Selbsterhaltung angewiesenen Arbeiterklasse vor. Auf diese Volksklasse bezugnehmend, kann nur cum grano salis angenommen werden, dass die entzündlichen Krankheiten gutartig sind.

Diese quoad vitam gute Prognose scheint mit anderen bei eitrigen Prozessen gemachten Erfahrungen in Widerspruch zu stehen. Oft hören wir, dass z. B. zwischen der Appendicitis und Adnexerkrankungen, sehr unberechtigterweise, eine Parallele gezogen wird. Bei der Appendicitis kann der bereits in Gang gekommene eiterige Prozess ständig von den seitens des Darms hingelangenden Mikroben angefacht werden, wo hingegen bei der Saktosalpinx oder dem Ovarialabszess sich die Flora der eingeschlossenen Eitermassen durch die eigenen Ptomaine vernichtet. In der überwiegenden Mehrzahl der operierten Fälle ist der Eiter steril. Wohl bedarf es hierzu in manchen Fällen

Digitized by Google

nicht einiger Monate, sondern mehrerer Jahre, weil der Infektionsstoff noch lange virulent bleiben kann — doch hat die Tube seitens des Uterus keine solch ständige Quelle, wie die Appendix seitens des Darms.

Das Sterilwerden seitens des Eiters ist keineswegs gleichbedeutend mit Heilung, denn der reichliche schleimig-eitrige Fluor, die häufig vorkommenden Metro- und Menorrhagien, die von Darmverwachsungen bedingten Obstipationen, Schmerzhaftigkeit und Reflexneurosen des Bauchfelles, welche oft das Bild der Gastritis vortäuschen, über kurz oder lang hochgradige Anämie, Neurasthenie, oft sogar hysterische Störungen nach sich ziehen können und auf diese Art, und wenn sie auch nicht unmittelbar das Leben gefährden, quoad valetudinem selbst bei den bestsituierten Patientinnen zu sehr ernsten Erkrankungen führen, abgesehen von der Sterilität, welche sich regelmäßig dazu gesellt.

Und diese ernste Prognose gilt nicht nur für die eitrigen Prozesse, denn auch einfache katarrhale Erkrankungen können die Gesundheit des Gesamtorganismus stark erschüttern. Dabei ist noch die auf zahlreiche, klinische Erfahrungen begründete Tatsache zu berücksichtigen, dass die chronische Endometritis in der Ätiologie des Uteruskarzinoms eine wichtige Rolle spielt.

Aus all den angeführten Momenten folgt begreiflicherweise die berufliche Pflicht des Arztes, dahin zu streben, die entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane nach Möglichkeit zur Heilung zu bringen und ihr Entstehen zu verhindern.

Es ist nicht Zweck dieses, einem Vortrage gewidmeten Gedankenfluges, sich auf alle jene Einzelheiten einzulassen, welche auf dem Gebiete der Therapie in Betracht kommen. Ich muss mich damit begnügen, so, wie bei den bisher erörterten Fragen, die allgemeinen Direktionen in Betracht zu ziehen.

Es muss eine Distinktion zwischen akuten und chronischen Fällen gemacht werden.

Bei jeder akuten, entzündlichen Affektion ist absolute Ruhe das wichtigste Heilmittel. Welche immer auch die ätiologische Grundlage der Krankheit sei, kann die Lokalisation

Digitized by Google

des infektiösen Prozesses am besten dadurch erreicht werden, wenn ohne jedwede therapeutische Einmischung vollkommene Ruhe gesichert wird. Dass bei akuter Gonorrhoe das Aszendieren der Krankheit am besten hierdurch verhindert wird, beweist die Gonorrhoe der Säuglinge und kleiner Mädchen, bei denen die anatomischen Verhältnisse ein therapeutisches Eingreifen unmöglich machen und die Krankheit sich gewöhnlich auf die Vulva und Vagina lokalisiert. Bei Erwachsenen verordne ich absolute Bettruhe und verbiete im akuten, mit reichlicher Eiterung einhergehendem Stadium auch die Irrigationen. Höchstens lasse ich auf die Vulva kühle Sublimatumschläge applizieren und gegen den häufigen Harndrang Milch und Salvatorwasser trinken. Die abszedierende Bartholinische Drüse wird natürlich geöffnet. Wenn im akuten Stadium heftige Unterleibsschmerzen, Fieber auf die Erkrankung des Uterus hinweisen, lasse ich einen Eisbeutel auf den Bauch legen. Diese Behandlung dauert 2—3 Wochen, bis das eitrige Sekret einen schleimigen Charakter annimmt und die Schleimhaut ihre normale Farbe zurückzuerhalten beginnt. Dann fange ich mit vaginalen Ausspülungen von 37gradiger 2%iger Chlorzink- oder 1‰iger Sublimatlösung an. Neuerdings versuche ich das Perhydrol. Gleichseitig wird die Urethra täglich mit 1—3%iger Argent. nitr.-Lösung unter Zuhilfenahme der Braunschen Spritze ausgespült. Die Therapie ist solange fortzusetzen, bis Harnröhre, Vulva und Scheide ihre normale Beschaffenheit wiedererlangen. Die Behandlung des Endometriums wird 3—4 Wochen nach Ablauf der akuten Symptome in Angriff genommen, vorausgesetzt, dass eine exakte Untersuchung die Adnexa für gesund befindet. Ich benutze für das Endometrium 10%ige Arg. nitr.-Lösung, 10%ige Formalinlösung, 5%ige Chlorzink-Lösung usw. Die Medikamente werden mittels der Playfair- oder Sänger-Sonde eingeführt. Bei Gedunsensein der Portio mache ich alle drei Tage Skarifikationen, danach wende ich entweder Glyzerin- oder 5%ige Ichthyoglyzerintampone an.

Die Behandlung des Endometrium erfordert grosse Achtsamkeit, weil sie für die Verschleppung der Krankheit sehr geeignet ist.

Digitized by Google

Wenn die Adnexa bereits erkrankt sind, halte ich die Behandlung des Endometrium für illusorisch, ja gefahrbringend. In diesem Falle ist auf je längeres Liegen Hauptgewicht zu legen. Absolute Bettruhe, anfangs Eisbeutel, später Priessnitzumschläge auf den Bauch. Wenn bei längerer Beobachtung gefunden wird, dass die Adnextumoren sich beruhigt haben, vielleicht auch kleiner geworden sind, kann mit den die Resorption beschleunigenden heissen Irrigationen, Salzbädern, Heissluftbehandlung event. Skarifikationen, Ichthyoltamponen begonnen werden. Intrauterine Therapie sowohl als auch Kolumnisation oder Massage sind gefährlich und müssen vermieden werden.

Bei dieser Behandlung, wenn die Patientin ständig auf sich Acht gibt, tritt in 1—2 Jahren, in seltenen Fällen nach einigen Monaten, vollständige Heilung, resp. Stillstand ein. Doch ist es wichtig, dass die Kranke unter ständiger Kontrolle stehe und bei der geringsten Rezidive der entsprechenden Behandlung teilhaftig werde. Natürlich ist auch die gleichzeitige Behandlung des Gatten von grosser Wichtigkeit. Die Behandlung der akuten Formen der puerperalen entzündlichen Krankheiten gehört zu den Aufgaben der Behandlung des Wochenbettes. Auch hier ist absolute Ruhe unser wichtigstes Heilmittel, dabei Eis, später, wenn kein Fieber mehr vorhanden ist, Priessnitzumschläge. Wenn sich irgendwo im Bindegewebe ein Abszess bildet und der fluktuierende Herd dem Messer zugänglich wird, ist natürlich die Onkotomie das rationellste Vorgehen. — Die häufigsten Inzisionsstellen sind die Fornix und entlang des Poupart'schen Bandes. Wenn der Abszess spontan gegen die Nachbarorgane, Harnblase, Darm oder Scheide perforiert, ist expektatives Verfahren geboten, weil dann gewöhnlich spontan Heilung erfolgt. Sollte die Infektion auf dem Wege der Schleimhaut erfolgen, es daher zur Entwicklung der septischen Formen der Endometritis kommen, so nehme ich nur in diesem Falle Spülungen der Uterushöhle vor, wenn der Cervixkanal sehr leicht durchgängig ist. Bedarf es bei der Ausspülung der Anwendung von Spiegeln, oder Herabziehens oder irgendwelchen Fixierens des Uterus, dann stehe ich von der lokalen Behandlung ab, denn meine Erfahrungen lehren mich, dass bei septischen Prozessen durch das

Digitized by Google

Rühren an die entzündeten Organe mehr geschadet als genützt wird.

Mit einem Worte, im akuten Stadium der entzündlichen Krankheiten ist das Hauptprinzip: möglichst grosse Ruhe und Roborieren des Organismus. Es ist auch am geratensten bei Fieber Antipyretika zu vermeiden und möglichst reichlich in beliebiger Form Alkohol zu verabreichen.

Bei den chronischen Formen der entzündlichen Krankheiten spielt die ätiologische Einteilung keine grosse Rolle. — Die Kranke wird symptomatisch behandelt und das Hauptgewicht darauf gelegt, keinen Schaden anzurichten. Besonders sorgfältig muss darauf geachtet werden, ob ein Adnextumor vorhanden ist, denn für die Praxis gelte es als Regel, in diesem Falle keine lokale Behandlung des Uteruskatarrhs vorzunehmen. Nur wenn wir nach längerer, ständiger Beobachtung die Überzeugung gewonnen haben, dass sich die Tumoren der Tube und des Ovarium bereits beruhigt haben, kann eine vorsichtige lokale Behandlung versucht werden.

In eine eingehende Erörterung der bei den chronischen Katarrhen des Uterus anzuwendenden Heilmethoden kann ich an dieser Stelle mich nicht einlassen. Ich betone nur, dass es selten gelingt, dieselben mit Vaginalirrigationen zur Heilung zu bringen, und auch dann ist nicht das betreffende Antiseptikum oder Adstringens der heilkräftige Faktor, welches dem Wasser beigefügt wird, denn dieses gelangt nicht in den Uterus, kommt mit der kranken Schleimhaut nicht in Berührung. Wenn Vaginalirrigationen als Heilmittel in Betracht gezogen werden, so ist die Temperatur des Wassers ausschlaggebend; es ist eine auf Erfahrung beruhende Tatsache, dass 40° R warmes Wasser bei chronischem katarrhalen und entzündlichem Zustande des Uterus gute Dienste leistet und sogar die Rückbildung der Exsudate und anderer entzündlicher Prozesse bedeutend fördert.

Ich möchte auch betonen, dass die Kurettage kein sicheres Heilmittel der katarrhalen Erkrankungen des Uterus ist und, dass deren Anwendung oft auf falscher Auffassung beruht.

Digitized by Google

Der Regel nach darf eine Kurettage nur dann unternommen werden, wenn die Adnexa vollkommen intakt sind. Vom grössten Nutzen ist dieselbe bei den mit Metrorrhagien einhergehenden chronischen Katarrhen, bei fungösen Erkrankungen des Endometrium, welche oft nach Abortus zurückbleiben. In den Fällen, wo der Fluor und nicht Blutungen das Bild beherrschen, sah ich selten einen Erfolg nach der Auskratzung, und ich stelle mit derselben in jenen seltenen Fällen Versuche an, wenn bereits jedes andere Heilverfahren versagt hat.

Bei den chronischen entzündlichen Prozessen der Adnexa perhorresziere ich die Massage, Kolumnisation, und lege bei ruhiger Lebensweise Hauptgewicht auf heisse Irrigationen und Gebrauch von Salz- und Moorbädern. Ich kann es diesenorts nicht verschweigen, dass ich nach meinen in letzteren Jahren gemachten Erfahrungen in den Salzbädern von Erdély solch ausgezeichnete Heilmittel entdeckte, welche trotz ihrer Primitivität mit den Franzensbader Kuren getrost den Kampf aufnehmen können. Besonders nach dem Gebrauche der Vizaknaer Bäder sah ich einige staunenswerte Erfolge.

Die arme Volksklasse ist jedoch sehr oft nicht in der Lage, sich jahrelang so zu pflegen, wie es die Krankheit erfordert, und so kommen wir ihnen gegenüber relativ häufiger in die Lage, zu operativen Eingriffen die Zuflucht zu nehmen. Nach meinen Erfahrungen ist die nach Doyen ausgeführte vaginale Totalexstirpation das sicherste Heilmittel in diesen Fällen. Nur die Totalexstirpation, d. h. auch die Entfernung des Uterus sichert die Kranke gegen Rezidive der entzündlichen Störungen. — Es ist ein schwerer Eingriff und darf daher nicht früher ausgeführt werden, nur wenn die durch 3—4 Jahre fortgesetzte konservative Therapie ohne Erfolg blieb, obgleich es sicher ist, dass dieses lange Zuwarten gewöhnlich zu Verwachsungen führt, welche die Operation sehr erschweren.

Zur Laparotomie greife ich nur dann, wenn die Untersuchung eine einseitige Erkrankung ahnen lässt, wenn ich daher auf konservative Therapie Aussicht habe.

Nach meinen bisherigen Beobachtungen geben besonders vorhergegangene puerperale Affektionen, und hauptsächlich

Digitized by Google

künstlicher Abortus Veranlassung zu solchen radikalen Eingriffen, die reine Gonorrhoe beruhigt sich nach 1—2 Jahren.

Ich muss jedoch betonen, dass diese Operationen fürs Spital berechnet sind. In der Privatpraxis sind wir kaum darauf angewiesen, denn die Patientin, welche die nötige Pflege hat, Badekuren gebrauchen kann, sichert sich gewöhnlich ein erträgliches Los. Höchstens kann, wenn das Vorhandensein einer unilokulären Abszesshöhle vorausgesetzt wird, welche durch Scheide oder Bauchwand erreichbar ist, Inzision und offene Behandlung, d. h. ein ungefährlicher Eingriff, zur Heilung versucht werden.

Diese wären in ihren Hauptzügen die therapeutischen Prinzipien, welche auch für die einfachen katarrhalischen Zustände von Vulva und Scheide maßgebend sind.

Ich will noch in kurzen Umrissen andeuten, welche Aufgaben der Gesellschaft vom Standpunkt der Vorbeugung dieser entzündlichen Erkrankungen erwachsen.

Es ist unbestreitbar, dass sich die infektiösen Krankheiten der weiblichen Genitalien in den letzteren Jahren sehr vermehrt haben, und ich denke der Wahrheit nahe zu kommen, wenn ich behaupte, dass dies mit der Kultur der Menschheit und dem damit verbundenen sozialen Umschwung zusammenhängt, oder mit anderen Worten, dass dieselben Ursachen, welche in der ganzen Welt eine soziale Gährung unterhalten, auch hier vorliegen: Brod und Geld. Diese sozialen Verhältnisse öffneten den entzündlichen Erkrankungen eine reiche Quelle.

Die Teuerung des Lebens, der Hang zur Bequemlichkeit und der damit verbundene Egoismus bringen es mit sich, dass die Erziehung der Kinder für die Menschen unseres Zeitalters eine Last bedeutet! Die Zahl der künstlichen Abortuse wächst von Jahr zu Jahr rapid und bildete sich sogar zu einem neuen Geschäftszweige aus.

Die Manipulationen dieser verschiedenen Spezialitäten werden sehr oft Quellen infektiöser Krankheiten, welche das Leben vieler Frauen vernichten und viele andere für Jahre siech machen.

Digitized by Google

Die sozialen Verhältnisse erklären auch die Verbreitung der Gonorrhoe. Das Fabrikswesen verdrängte das Kleingewerbe, der grösste Teil der unteren Volksmassen kann dadurch, dass er für Tag- und Wochenlohn arbeitet, viel später zur Selbständigkeit gelangen, als ehedem. Überproduktion auf dem wissenschaftlichen Gebiete erschwert das Fortkommen der Intelligenz, so dass man erst mit 25—26 Jahren die niedrigste Stufe des Broterwerbes erreicht und damit nur im Schneckentempo vorwärts kommt. Andrerseits ist das Leben teuerer, die Ansprüche grösser geworden, die Möglichkeit der Familiengründung ist ausserordentlich erschwert. Früher konnte der Mann im 3. Dezennium, und auch da noch eher in der ersten Hälfte desselben ans Heiraten denken, heute entschliesst man sich im 4. Dezennium, und mehr in der zweiten Hälfte zur Heirat. Mit der grossen Zahl der als Junggesellen lebenden Männer verbreitet sich die Prostitution, die Brutstätte der Gonorrhoe, welche die Männer infiziert, die die Keime der Krankheit in ihr nachheriges Eheleben hinübertragen, und die zur Mutterschaft berufene Gattin, die Hüterin des Familienherdes für Jahre krank, sehr häufig steril machen.

Aus diesem kurzen Überblick ist ersichtlich, dass in der Verbreitung der entzündlichen Erkrankungen solche soziale Verhältnisse eine Rolle spielen, die auszumerzen nicht in unsrer Macht liegt. Doch wenn eine radikale Abhilfe auch nicht möglich ist, kann symptomatisch etwas getan werden.

Die Hauptfaktoren der puerperalen Infektion sind: schmutzige Hebammen und der künstliche Abortus. Auch daran sind die Hebammen schuldtragend. Im vergangenen Jahre beschäftigte ich mich in den Spalten der „Budapesti Orovosi Ujsàg“ eingehender mit dieser Frage, hier kann ich diesen Gegenstand nicht ausführlicher erörtern. Ich erwähne nur kurz meine auf statistischen Daten beruhende Erfahrung, dass die epochemachende Entdeckung des grossen Sohnes unseres Vaterlandes, Semmelweiss, nichts an unseren Verhältnissen zu ändern vermocht hat. Ich behaupte und wiederhole auch jetzt, dass das einzige Heilmittel ist: zu trachten, dass die intelligenten Elemente für die Hebammenlaufbahn herangezogen werden. Lediglich auf diese Weise kann gegen das puerperale Fieber

Digitized by Google

angekämpft werden, und vielleicht ist auch jene, meine Voraussetzung richtig, dass diese intelligente Hebammenklasse, auch was Gewissenhaftigkeit anbelangt, besser entsprechen und sogar selbst einigermaßen die Zahl der künstlichen Abortuse beschränken würde.

Eine zweite Frage ist, was kann die Gesellschaft gegen die Gonorrhoe tun? Die Beschränkung der Prostitution führt nicht zum Ziele. Die grosse Zahl der Prostituierten ist eine Folge des Umstandes, dass es viele ausserehelich lebende Männer gibt. Wie wir sehen, ist die radikale Heilung der weiblichen Gonorrhoe schwer. Wenn wir die Prostitution von der Gonorrhoe befreien wollten, müsste jeder Prostituierten, bei der Uterusgonorrhoe gefunden wurde, ihr Duldungsschein entzogen werden, denn die einige Wochen währende symptomatische Behandlung hat nur minimalen Wert. Doch würden bei einem solchen Vorgehen endlich keine öffentlichen Prostituierten bleiben, d. h. sie würden geheime Prostituierte werden, was noch schlechter ist.

Die Frage der Prostitution ist keine polizeiliche, sondern eine ärztliche. Es würde weit führen, wenn wir jedes Detail der Frage eingehend erörtern wollten, ich fasse bloss, da die Zeit vorgeschritten ist, jene Direktiven kurz zusammen, welche meiner unmaßgeblichen Meinung nach auch bei den heutigen Verhältnissen angewendet werden können:

1. Von den Polizeiärzten soll gynäkologische Vorbildung gefordert werden.

2. Die Untersuchung der Prostituierten soll jeden dritten Tag stattfinden, u. zw. im Amtslokal des Polizeiarztes, und soll jedesmal das Sekret der Urethra und Cervix auf Gonokokken untersucht und bei positivem Befund die Kranke ins Spital gewiesen werden.

3. Im Spitale sollen die an Gonorrhoe erkrankten Prostituierten nicht als Hautkranke betrachtet werden, sondern man betraue einen Gynäkologen mit deren Behandlung.

4. In jedem Bordell sollte eine kurzgefasste ärztliche Weisung affichiert werden, wie sich der Mann am besten vor In-

Digitized by Google

fektion schützen könne. Jeder Bordellinhaber müsse verpflichtet werden, eine Sublimat- oder Kal. hypermang.-Lösung zum Waschen vorrätig zu halten.

Und endlich, weil ich auf einem solchen Orte den Koitus für eine ernste Funktion halte, welche Nüchternheit erfordert, muss

5. in jedem Bordell der Verkauf geistiger Getränke strengstens untersagt und der Geschäftsinhaber bei Geldstrafe verpflichtet werden, betrunkenen Menschen den Einlass zu verwehren.

Digitized by Google

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

In **VII. Auflage** erschien die weltbekannte Broschüre:

Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes.

Von Dr. **P. J. Möbius** in Leipzig.

Elegant ausgestattet Preis Mk. 1,50.

In der Nummer vom 26. Aug. 1905 schreibt über obige Broschüre die Neue Augsburger Zeitung:

Mit Schopenhauerscher Rücksichtslosigkeit und Geradheit geht der Verfasser an sein Thema, die von Natur aus gegebene intellektuelle Eigenart — nennen wir sie so — des Weibes (wir acceptieren die Bezeichnung als einzig richtig) im Vergleich zum Manne darzutun. Das Buch ist ja vielbefehdet und alle möglichen Motive sind dem Verfasser unterschoben worden; wir können darin nur ernstes Streben nach Sachlichkeit und Wahrheit finden. In gewissem Sinne möchten wir das Büchlein ein Handbuch zur Frauenfrage — so drückt man sich gebildet aus — nennen; man wird es nicht weglegen, ohne viel gelernt und reiche Anregung erhalten zu haben. Es ist ein Buch nicht zum Lesen, sondern zum Überdenken. Die angefügten Kritiken, zustimmende wie gegnerische, vervollständigen das Gesamtbild, besonders die letzteren, die von Angehörigen des angegriffenen Teils ausgehen: selten erkennen sie das thema probandum, verlieren sich in zur Sache nicht gehörende Nebendinge; kommen sie einmal auf den Kernpunkt der Sache, so glauben sie mit platter Negation die logisch strikte durchgeführten Aufstellungen des Gegners abgetan zu haben.

Unentbehrlich
für das vollständige Verständnis obiger Schrift sind die vom gleichen Verfasser als Erläuterungen geschriebenen

Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden.

Bisher erschienen:

Heft	1. Geschlecht und Krankheit	Einzelpreis Mk.	1,—.
„	2. Geschlecht und Entartung	„ „	1,—.
„	3/4. Über die Wirkungen der Kastration, II. Aufl.	„ „	2,—.
„	5. Geschlecht und Kopfgrösse	„ „	1,—.
„	6. Goethe und die Geschlechter	„ „	1,—.
„	7/8. Geschlecht und Kinderliebe	„ „	2,—.
„	9. Die Geschlechter der Tiere I. Teil Die Schönheit	„ „	1,—.
„	10. „ „ „ „ II. Teil Die Triebe	„ „	1,—.
„	11. „ „ „ „ III. Teil Die Schädel	„	2,—.

Jedes einzelne Thema ist vollständig in sich abgeschlossen.

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis.
Herausgegeben von
Sanitätsrat Dr. Max Graefe in Halle a. S.
VII. Band, Heft 3.

Die puerperale Infektion in forensischer Beziehung.

Von
Dr. Emil Ekstein,
Teplitz i. B.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold
1907.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes 0,60 Mk.

Digitized by Google

Im Verlage von **Carl Marhold** in **Halle a. S.** erscheint fortlaufend:

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

Heft 3. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**, Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benckiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—

„ 8. **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influenza und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Eiermann**, Dr. **Arn.**, in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. C. **von**, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

„ 5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. **R.**, in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. **Frz.**, in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis". Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Torggler**, Prof Dr. **Franz**, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. J., in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. E., in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Welsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhaber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. P., in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. **Alb.**, in Frankfurt a. M. Ueber Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. H, Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Band V.

Heft 1. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis. Preis ℳ 1,20.

„ 2. **Gräfe**, Dr. M., in Halle a. S. Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung. Preis ℳ 0,60.

„ 3/4. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Ueber den jetzigen Stand der Lehre der Tubenschwangerschaft. Preis ℳ 2,60.

„ 5. **Wegscheider**, Dr. M., in Berlin. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. ℳ 0,80.

„ 6. **Klix**, Dr., prakt. Arzt in Prechlau, Westpr. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Bokelmann**, Dr. W. Über die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen Preis ℳ 1,—

„ 8. **Winter**, Professor Dr. G., in Königsberg i. Pr. Ursachen und Behandlung de Prolapse. Preis ℳ 0,8

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Cystoskopie für die Gynäkologie.

Von

Privatdozent Dr. W. Zangemeister,
Königsberg i. Pr.

Alle Rechte vorbehalten.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1907.

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B. Professor Dr. Menge in Erlangen, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Max Graefe
in Halle a. S.

VII. Band, Heft 4 b.

Digitized by Google

Über abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus*).

Von

M. Graefe in Halle a. S.

Die überraschend schnelle Entwickelung des chirurgischen Könnens in der Gynäkologie seit den 80 er Jahren des vorigen Jahrhunderts hatte vielfach dazu geführt, daß radikalen Operationsmethoden der Vorzug vor konservativen gegeben wurde. Darin ist in den letzten Jahren ein erfreulicher Wandel eingetreten. Man ist allmählich zu der Erkenntnis gekommen, daß die völlige Fortnahme der erkrankten Gebärmutter und ihrer Anhänge, oder die der einen oder der anderen wohl durch dieselben hervorgerufene Beschwerden zu beseitigen oder zukünftigen Gefahren vorzubeugen vermag, daß aber die Entfernung dieser Organe für das Wohlbefinden des noch in den Jahren der Geschlechtstätigkeit stehenden Weibes durchaus nicht gleichgültig ist.

Viele durch Tripperansteckung erkrankte jugendliche Frauen sind z. B. durch die „Castration totale" von ihren örtlichen Beschwerden befreit worden. Wieviele derselben sind aber in ihrer Psyche derart verändert worden, daß man sagen muß, daß die Operation an die Stelle des einen Übels nur ein anderes gesetzt hat.

Bei der Behandlung der Uterusmyome ist man sehr lange konservativ verfahren. Ihre relative Gutartigkeit auf der einen Seite, die außerordentlich ungünstigen Ergebnisse ihrer ope-

*) Nach einem in der Gesellsch. für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

rativen Behandlung mittels Bauchschnittes auf der anderen berechtigten scheinbar, sie, abgesehen von den rein submucös entwickelten, nahezu als ein „Nolimetangere" anzusehen. Noch bis weit in die 80 er Jahre hinein erfreute sich die Ergotin-Behandlung großer Beliebtheit.

Vorübergehend gewann dann die Kastration Fürsprecher. Nicht zu leugnen ist, daß sie in der Mehrzahl der Fälle insofern vorzüglich wirkt, als der myomatöse Uterus, bezw. die Myome sich verkleinern und gleichzeitig die Blutungen sich bis zum völligen Verschwinden verringern. Ich selbst habe nach den von mir ausgeführten sechs Kastrationen jedesmal ein außerordentlich schnelles Schrumpfen der Geschwülste und völliges Aufhören der Menorrhagien beobachtet, noch in diesem Sommer bei einer Dame, welche jeden anderen operativen Eingriff — von anderer Seite war wiederholt mit nur vorübergehendem Ersatz die Curettage des Uterus ausgeführt worden — verweigerte.

Von den Kastrierten habe ich aber eine am 25. Tag p. o. an Embolie verloren. Die Gefahr einer solchen ist nach meinem Dafürhalten eine große. Bei den anaemischen, oft in ihrer Ernährung heruntergekommenen Kranken ist die Wahrscheinlichkeit der Thrombenbildung in den oft weiten Venen des zurückgelassenen myomatösen Uterus und denjenigen des Beckens eine große.

Ferner ist zu berücksichtigen, daß die Kastration keineswegs immer eine ganz einfache Operation ist. Verwachsungen der Anhänge mit ihrer Umgebung, erhebliche Kürze ihres Stils können sie recht erschweren, zumal ihr Erfolg durchaus von einer völligen Entfernung jedes Eierstocksgewebes abhängig ist. Derartige Verhältnisse haben mich vor Jahren dazu veranlaßt, in einem Fall, bei dem ich kastrieren wollte, den ganzen myomatösen Uterus zu entfernen.

Daß die günstige Wirkung der Kastration eine nur vorübergehende sein, erneutes Wachstum der Geschwulst, oder sogar nach Jahren noch bösartige Entartung derselben eintreten kann, ist bekannt. Das alles hat dazu geführt, sie heute nur noch in Ausnahmefällen auszuführen.

Digitized by Google

Die supravaginale Amputation des myomatösen Uterus mit intraperitonealer Stielbehandlung hatte anfänglich außerordentlich schlechte Resultate. Die besten hatte Pèan mit einer Mortalität von 31%, während die anderer Operateure (62 Operationen mit 37 Todesfällen) sich sogar auf 60% belief*). So kam es, daß die intraperitoneale Stielbehandlung für längere Zeit durch die extraperitoneale verdrängt wurde, bei welcher die Mortalität eine wesentlich geringere (22%) war, zumal seit Hegar**) sie dahin modifiziert hatte, daß er den serösen Überzug des Stumpfes mit dem der Bauchwand vernähte. Aber die umständliche, z. B. langwierige Nachbehandlung, die sich in der Folgezeit häufig entwickelnden Bauchbrüche drängten immer wieder dazu, die intraperitoneale Stielbehandlung zu verbessern und dadurch ihre Ergebnisse günstiger zu gestalten. Das gelang tatsächlich, besonders seit Einführung der retroperitonealen Stielbehandlung. Geradezu glänzend sind die Resultate, welche Zweifel mit seiner Partienligatur erzielt hat. Die anfängliche Mortalität von 2,7% bei diesem Verfahren verringerte sich später auf 1,5%, bis Zweifel schließlich 81 Fälle hintereinander ohne Todesfall operierte***). M. W. sind mit keiner anderen Methode der supravaginalen Amputation nur annähernd günstige Ergebnisse erreicht worden.

Zu derselben Zeit, als die supravaginale Amputation wieder mehr und mehr in Aufnahme kam, wurde von verschiedenen Gynäkologen die abdominale Totalexstirpation empfohlen. Die Zahl ihrer Anhänger nahm schnell zu. Auch heute ziehen sie manche Operateure der supravaginalen Amputation vor.

In neuerer Zeit macht sich nun bezüglich der Behandlung des myomatösen Uterus insofern wieder eine konservativere Richtung geltend, als man einerseits bei Komplikation mit Schwangerschaft in vielen Fällen sich rein abwartend verhält, oder die Myome enukleiert, in denen man früher den Uterus entfernte, andererseits sich bestrebte, auch das nicht schwangere Organ zu erhalten, indem man die einzelnen Myomknoten ausschälte und ihr Bett exakt vernähte.

*) Doederlein-Kroenig, Operative Gynäkologie, S. 374.
**) Dorff, Zentralblatt für Gynäkologie 1880. Nr. 17.
***) Doederlein-Kroenig, Operative Gynäkologie, S. 414.

Digitized by Google

Ersteres Vorgehen ist um so empfehlenswerter, als sich herausgestellt hat, daß die Geburt auch da, wo man zweifelhaft war, ob sie per vias naturales vor sich gehen könnte, sehr häufig spontan oder mittels geringfügiger operativer Nachhilfe erfolgt, und daß, wenn dies nicht der Fall ist, die Sectio caesarea mit nachfolgender supravaginaler Amputation oder Totalexstirpation des Uterus die Erhaltung des kindlichen Lebens ermöglicht, ohne das der Mutter wesentlich mehr zu gefährden, als wenn schon während der Schwangerschaft operiert wird.

Auch die Enukleation einzelner Myome aus der schwangeren Gebärmutter ist befürwortet und mit Erfolg, d. h. ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, ausgeführt worden. Man muß sich aber immer vor Augen halten, daß dieser Eingriff doppelte Gefahren in sich schließt. Der große Blutreichtum des graviden Uterus erschwert eine exakte Blutstillung, und eine schnelle Versorgung des Geschwulstbettes. Er birgt die Gefahr einer Nachblutung und damit eines unglücklichen Ausganges für die Kranke. Ferner wird man nie dafür garantieren können, daß es nicht im Anschluß an die Operation zum Abort oder zur Frühgeburt kommt. Ganz abgesehen davon, daß hierdurch der eine Zweck der Operation, die Erhaltung des kindlichen Lebens, illusorisch gemacht wird, wird mit dem Eintritt dieses Ereignisses auch das mütterliche in hohem Grade gefährdet. Nach meinem Darfürhalten ist daher die Myomenukleation am schwangeren Uterus nur dann angezeigt, wenn auf der einen Seite durch die Geschwulst bedrohliche Erscheinungen oder doch unerträgliche Beschwerden (Darmokklusion, Ischurie, Schmerzen) hervorgerufen werden, auf der anderen die Schwangere auf die Möglichkeit, einem lebensfähigen Kinde das Leben zu geben, nicht verzichten will.

Auch für die Myomenukleation aus dem nicht schwangeren Uterus bedarf es der Aufstellung bestimmter Indikationen, da sie eine recht hohe Mortalität aufweist. Da ihre Technik kaum noch verbesserungsfähig ist, ist nicht zu erwarten, daß jene sich in Zukunft günstiger gestaltet. Ferner ist zu berücksichtigen, daß die ausgedehnten, bezw. mehrfachen Nahtlinien Verwachsungen mit Nachbarorganen begünstigen. Auch kann man nie mit Sicherheit sagen, daß selbst, wenn man mehrfache

Digitized by Google

Myomknoten ausgeschält hat, nicht doch noch andere kleine in der Uteruswand verborgen sind, welche zurückgelassen, weiter wachsen können. Schließlich würde es widersinnig sein, wenn das ganze Organ zerfetzt, die Uterushöhle mehrfach oder in großer Ausdehnung eröffnet ist, durch Zurechtschneiden und zahllose Nähte wieder eine Art Uterus herstellen zu wollen.

Bei im oder nahe dem Klimakterium stehenden Frauen wird man stets der Fortnahme des Uteruskörpers oder des ganzen Organs den Vorzug geben, es sei denn, daß die Patientin selbst die Erhaltung der Konzeptions- und Gebärmöglichkeit verlangt. Bei jüngeren, insbesondere jungverheirateten, noch kinderlosen Frauen wird das letztere Moment, sowie die Erhaltung der physiologischen Funktion der Menstruation noch ungleich mehr ins Gewicht fallen.

Abgesehen von diesen Anzeigen zur Enukleation wird, zumal bei multiplen und großen Tumoren, ein radikales Vorgehen geboten sein. Die glänzenden Erfolge Zweifels legen es nahe, als solchem der supravaginalen Amputation mit retroperitonealer Stumpfbehandlung den Vorzug zu geben, zumal, wenn sich Zweifels Modifikation, ein Stück vom Corpus uteri und damit auch die Menstruation zu erhalten, bewähren sollte. Regelmäßig scheint letzteres allerdings nicht der Fall zu sein.

Die Zweifelsche „Myomektomie mit Resektion des Uterus" hat auch noch den Vorteil, daß es bei ihr zu einer Verletzung des Ureters viel schwerer kommen wird, als wenn man möglichst tief im Cervix amputiert oder diesen mit entfernt. Die Gefahr, den Harnleiter an- oder zu durchschneiden, wird bei ihr meist nur dann in Frage kommen, wenn er durch die Geschwulstbildung abnorm verlagert ist.

Trotzdem glaube ich nicht, daß die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus durch die Zweifelsche Operation völlig verdrängt werden wird. Sie wird zunächst in allen den Fällen angezeigt sein, in denen eine sarkomatöse oder karzinomatöse Entartung der Geschwulst oder der Geschwülste besteht oder wahrscheinlich ist, ferner bei maligner Adenom- oder Carcinombildung der Uterusschleimhaut. Auch wenn die Myombildung dazu zwingt, nur einen kleinen Rest vom Cervix stehen zu lassen, oder wenn durch Ausschälung

Digitized by Google

multipler Myomknoten große Bindegewebswunden geschaffen werden, ist nach meinem Dafürhalten die Totalexstirpation vorzuziehen, in letzterem Fall mit Drainage nach der Vagina.

Schließlich ist zu berücksichtigen, daß in neuerer Zeit des öfteren über Carcinombildung an dem zurückgelassenen Cervixstumpf berichtet worden ist. Ich habe bei nur oberflächlicher Durchsicht der Literatur 14 einschlägige Fälle gefunden.

So berichten Peraire*) und Bender über eine 52jährige Patientin, bei welcher wegen abundanter Blutungen bei Uterusmyom die supravaginale Amputation gemacht worden war. Bereits 4 Monate später traten erneute Beschwerden auf. Mehrere kleinere, harte aus dem Muttermund hängende Polypen wurden entfernt, aber nach zwei weiteren Monaten stellten sich wieder Blutungen ein. Jetzt fanden sich bereits die Scheidewände karzinomatös infiltriert.

Condamin**) amputierte bei einer ganz gesunden 50jährigen Frau wegen großen Fibroms den Uterus. Der Collumrest war ganz gesund. Etwa ein Jahr später traten wieder Blutungen auf; eine schwammige Krebsmasse füllte das Scheidengewölbe aus und brach bald darauf nach der Bauchnarbe durch.

Eine andere 40jährige Patientin hatte Condamin wegen multipler Myome operiert. 4 Jahr später wurde die Operation eines inzwischen entstandenen Bauchbruches nötig. Dabei fand sich der Stumpf schon deutlich vergrößert. Nach weiteren 2 Monaten ergab sich die maligne Natur der Stumpfschwellung. Wegen diffuser Ausbreitung derselben war eine operative Entfernung nicht mehr möglich.

Hinterstoißer***) sah 3 Monate nach supravaginaler Amputation bei einer 41jährigen Frau erneute Blutungen auftreten. Als Ursache fand sich ein Carcinom beider Muttermundslippen. Die Exstirpation war sehr schwierig; doch war nach einem Jahr noch kein Rezidiv aufgetreten.

---

*) Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris 1904. Déc.

**) Condamin, A., Über maligne Degeneration des Uterusstumpfes nach Amput. supravag. Lyon méd. 1902, April, ref. Zentralblatt f. Gyn. 1905, S. 544.

***) Hinterstoißer, Beiträge zur Myomaoperation. Chrobak. Festschrift I.

Digitized by Google

Lumpe*) hatte bei einer 42jährigen VIII para den myomatösen Uterus supravaginal amputiert. Nach $1^{3}/_{4}$ Jahren fand sich ein Portiocarcinom, dessen abdominale Entfernung große Schwierigkeiten machte. Lumpe erwähnt in seiner Arbeit, daß Chrobak dreimal die Entwicklung maligner Neubildung am zurückgelassenen Stumpf beobachtet habe. Ferner zitiert er einen Fall Savors**), in dem sich nach Laparomyomektomie mit intraperitonealer Stielbehandlung bei einer 52jährigen Frau ein Portio-Carcinom gebildet hatte. Nach Exstirpation trat Heilung ein. Savor selbst ist durch private Mitteilung eine weitere Beobachtung von Hecker's bekannt geworden.

In der Diskussion über den Savorschen Vortrag erwähnt v. Erlach, daß auch er bei einer Patientin nach supravaginaler Amputation wegen Myom die Entwicklung eines Carcinoms am Uterusstumpf gesehen habe.

In einem Nachtrag zu seiner vorerwähnten Arbeit teilt Lumpe mit, daß ihn Professor Kaufmann-Basel***) davon in Kenntnis gesetzt habe, daß auch er eine einschlägige Beobachtung gemacht habe. 46jährige Frau, bei der wegen Myom ateri die supravaginale Amputation gemacht worden war, starb 5 Jahre später. Bei der Sektion fand sich ein ausgedehntes, in seiner Struktur nicht ganz gewöhnliches, vom Cervixstumpf ausgegangenes Carcinom. (Phys. u. klin. Med. Bd. CLIV, 1898.)

Noble†) erwähnt, daß er einmal nach supravaginaler Amputation des Uterus Entstehung von Portiocarcinom gesehen habe.

Schließlich berichtet Hartman††), daß er zwei Jahre nach einer supravaginalen Amputation des myomatösen Uterus ein auf den Cervixstumpf beschränktes Carcinom gefunden habe, welches abdominal entfernt wurde. Heilung. Es sind das 14 Fälle, gewiß im Verhältnis zu der großen Zahl supravaginal

*) Lumpe, A., Ein Fall von Carcinomentwicklung an einem nach supravaginaler Amputation zurückgebliebenen Cervix. Zentralblatt f. Gyn. 1905, S. 1354.

**) Zentralblatt f. Gyn. 1898, S. 1368.

***) Zentralblatt f. Gyn. 1905, S. 1598.

†) Verhandlg. der amerik. Gesellsch. f. Gyn. 1903, Nr. 5, S. 154.

††) Ann. der Gyn. 1906 Verh. ref. Deutsche Ärztezeitung 1907. Nr. 2.

Digitized by Google

amputierter myomatöser Uteri eine geringe Zahl. Immerhin gibt sie zu denken.

Leider konnte ich nur in 7 von den 14 Fällen Angaben über das Alter der Kranken finden. Bei diesen 7 handelt es sich nur um Frauen, welche das 40. Lebensjahr überschritten hatten; 3 befanden sich bereits jenseits des 50ten. Alle standen also dem Klimakterium nahe oder hatten es bereits hinter sich.

Bei Myomkranken dieses Alters sollte man, abgesehen von den oben kurz skizzierten Ausnahmefällen, mit Rücksicht auf die, wenn auch nur geringe Möglichkeit einer späteren bösartigen Erkrankung des Cervixstumpfes stets den Uterus in toto exstirpieren. Der Verlust der Menstruation, welche in diesem Lebensabschnitt bei gesunden Frauen auch bald aufhören würde oder schon aufgehört hätte, kommt hier nicht in Betracht. Bei elenden, stark ausgebluteten Kranken ist er behufs schnellerer Erholung sogar direkt wünschenswert.

Man hat gegen die Totalexstirpation bei Frauen, für welche der geschlechtliche Verkehr überhaupt noch in Betracht kommt, das Moment angeführt, daß die Fortnahme des normalen Scheidenabschlusses, der Portio vaginalis, die Bildung eines Blindsackes den Coitus unangenehm, wenn nicht schmerzhaft mache. Klagen in dieser Beziehung habe ich von meinen Patienten nicht gehört, während gerade derartige Störungen sonst nicht selten Frauen zum Arzt führen.

Außerdem ist zu berücksichtigen, daß auch bei gesunden Frauen des öfteren bald nach Eintritt der Menopause die Portio atrophiert, die Scheide sich verengt und schon frühzeitig durch Verklebung der letzteren mit der ersteren gleichfalls eine Blindsackbildung zu Stande gebracht werden kann. Bei tiefer supravaginaler Amputation werden diese senilen Veränderungen voraussichtlich noch schneller sich einstellen. Auch bei der hohen nach Zweifel, welche doch auch wesentliche Veränderungen in den Zirkulationsverhältnissen des Uterusstumpfes setzt, wird dies wahrscheinlich der Fall sein.

Die Vermutung, daß bei Frauen, denen der ganze Uterus entfernt worden sei, sich leicht Scheidensenkungen entwickelten, habe ich weder bei meinen eignen, noch von anderer Seite operierten Patienten bestätigt gefunden.

Digitized by Google

Von Anhängern der supravaginalen Amputation wird behauptet, daß sie technisch weit leichter auszuführen sei, als die abdominale Totalexstirpation. Bezüglich der Zweifelschen Methode muß es zugestanden werden, soweit es sich um einfache Fälle mit gleichmäßig vergrößertem Uterus und nicht um solche mit Entwickelung des oder der Myome in das Beckenbindegewebe, unter die Blase, und dergl. handelt. Bei den ersteren ist aber auch die Totalexstirpation eine unschwierige Operation. Bei den letzteren liegt die Schwierigkeit für beide Eingriffe in der Ausschälung der Geschwülste, in der Mobilmachung des ganzen uterinen Tumors, also vor der Amputation und vor der Auslösung des Cervix. Besonders erschwert werden beide auch noch durch abnorme Straffheit der Ligamenta cardinalia, welche ein Emporziehen des Uterus unmöglich macht und dadurch den Operateur zwingt, in der Tiefe des Beckens zu arbeiten.

Bezüglich des bei der Totalexstirpation einzuschlagenden Verfahrens möchte ich bemerken, daß es nicht möglich, jedenfalls nicht zweckdienlich ist, immer ein und dasselbe zu üben. Es empfiehlt sich vielmehr, sein Vorgehen den Verhältnissen des einzelnen Falles anzupassen.

Gewiß ist die Doyensche Methode, zuerst den Douglas zu eröffnen, die Portio nach hinten zu luxieren, durch einen Zirkulärschnitt abzutrennen, die Blase von ihm aus abzuschieben und schließlich die Plica-vesico uterina zu eröffnen, sehr praktisch. Ihrer Ausführung stellt sich aber nicht selten die Unmöglichkeit, die Portio durch den Douglas genügend weit vorzuziehen, in den Weg.

Nicht immer ist es möglich, auch den myomatösen Uterus auf einmal in toto zu entfernen. Es erweist sich als notwendig, ein oder mehrere Myomknollen auszuschälen, um überhaupt an den Douglas, die Blase und die Basis der Lig. lata zu gelangen, so in folgendem Fall:

1. 43jährige, seit mehreren Jahren verwittwete II para. Letzte Geburt vor 17 Jahren. Menses regelmäßig bis August des vorhergehenden Jahres, dann 14 Tage bis 4 Wochen postponierend. Seit Anfang Dezember ununterbrochener Blutabgang, meist flüssig, aber auch von kleineren und grösseren Coagulis. Starke Anaemie, Kopfschmerzen, Schwindel.

Digitized by Google

Untersuchungsbefund: Portio, fast verstrichen, steht dicht hinter der Symphyse und sehr hoch. Sie geht in einen bis vier Querfinger über den Nabel reichenden, harten, mäßig beweglichen Tumor über.

Am 25. I. 05 Coeliotomie. Außerordentlich starkes Pannic. adip. Vorwälzen des myomatösen Uterus mittels Propfenziehers vor die Bauchwunde. Abbinden der Spermatikalgefäße, der Lig. rotunda und lata in ihrem oberen Verlauf. Da weder ein Zugänglichmachen der Blase noch des Douglas zu ermöglichen ist, mediane Spaltung des Fundus des myomatösen Uterus. Schnelle Enukleation eines kokosnußgroßen Myoms. Zusammenklemmen des Geschwulstbettes mittels Muzeux. Der noch immer mehr als kindskopfgrosse Uterus läßt sich jetzt nach oben ziehen, das vordere Peritoneum horizontal durchtrennen, die Blase abschieben, der Douglas und dann auf dem durch ihn nach vorn geführten Finger die vordere Scheidenwand eröffnen. Abbindung der Ligamentreste. Vernähung des vorderen und hinteren Peritoneums mit den Scheidenwundrändern. Jodoformgazedrainage nach der Scheide. Genesung.

In gleicher Weise bin ich noch in 2 Fällen verfahren und habe mir dadurch die Exstirpation des Uterus wesentlich erleichtert. Bei einer Patientin mit sehr starkem Panniculus adiposus mußte ich nach Ausschälung zweier Myome den restierenden Uterus median spalten, um die Exstirpation vollenden zu können, bei anderen ihn amputieren und dann erst den Cervixstumpf exstirpieren.

Im allgemeinen verfahre ich jetzt so, daß ich nach Ligierung der Spermatikalgefäße zunächst die Lig. lata abbinde, bezw. abklemme (auch uterinwärts) und dann durchtrenne, darauf das vordere Peritoneum 1—2 Querfinger über der Blase quer durchschneide, es und die Blase stumpf, wenn nötig, mit der Schere ablöse, und das vordere Scheidengewölbe eröffne. Nach Vernähen des vorderen Scheidewundrandes mit dem Peritoneum wird der Douglas eröffnet, dann der Rest der Lig. lata abgebunden und durchtrennt. Nach völliger Auslösung des Uterus werden die Blutungen der Scheidewundränder gestillt, die vaginale Öffnung, wenn sie groß ist, durch einige Nähte verkleinert, alle Risse oder Öffnungen im Peritoneum des Beckens durch Nähte vereinigt und schließlich von oben nach der Scheide ein einfacher Jodoformgazestreifen durchgeschoben, der nach 5—6 Tagen im Ganzen oder allmählich entfernt wird.

Digitized by Google

Wesentlich bei der Entscheidung der Frage, ob die abdominale Totalexstirpation der suprayaginalen Amputation des myomatösen Uterus vorzuziehen oder wenigstens gleichzusetzen sei, ist die Mortalität nach den beiden Operationen. Ich erwähnte bereits, daß Zweifel mit seiner Methode bisher m. W. von keinem anderen Operateur erreichte günstige Resultate erzielt hat. Unter 201 nacheinander ausgeführten Operationen hatte er nur 1 Todesfall = $^1/_2$%.

So glücklich sind andere nicht gewesen, z. B. hatte Zweifel's Schüler Doederlein*) in Tübingen 1,6% Mortalität. Doch ist dieser Prozentsatz immer noch weit günstiger als der von demselben Operateur mit der abdominalen Exstirpation erzielte. Bei dieser belief sich die Mortalität auf 4%.

Auch Bumm**) hatte bei letzterer Operation unter nahezu 100 Fällen 5 Todesfälle (1 Darmokklusion, 1 Embolie, 3 Sepsis). Ich selbst habe die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus 33 mal ausgeführt. Diesen Fällen kann ich noch 11 von meinem Kollegen Witthauer, Oberarzt am hiesigen Diakonissenhaus, operierte hinzufügen, da sie genau unter denselben anti- oder aseptischen Kautelen, mit der gleichen Technik und unter meiner Assistenz, wie die meinen unter der seinen operiert worden sind.

Von diesen 44, bezw. meinen 33 Kranken sind 4 im Anschluß an die Operation gestorben. Doch müssen 2 derselben bei statistischer Verwertung ausgeschieden werden, da beide schon vor der Operation infiziert waren.

2. Frl. M., 36jährige Nullipara. Die sonst regelmäßigen Menses waren vom Februar bis Ende April ausgeblieben. Nur im März eine eintägige, schwache Blutung. Mitte Mai wiederholte sie sich nach schwerem Heben. Am 29. Mai wurde ich wegen übelriechender Blutung gerufen. Befund: Aus dem Cervix hängen anscheinend Eihaut- oder Placentarreste. Corpus uteri vergrößert. Rechts und links von ihm zwei gestielte, kindskopfgroße, feste Tumoren. T. 38,2. Anamnese und bisheriger Verlauf ließen auf

*) Doederlein-Kroenig, Operative Gynäkologie. S. 375.

**) Entwickelung der Technik bei der Myomtomie. Gesellsch. f. Geburtsh. und Gynäk. in Leipzig. Zentralblatt f. Gynäk. 1902, Nr. 30, S. 800, u. Zentralblatt f. Gynäk. 1905, Nr. 33, S. 1004.

Digitized by Google

unvollständigen, vielleicht kriminellen Abort schließen. Aufnahme der Kranken in das Diakonissenhaus. Nachmittags wird bei Spiegeluntersuchung festgestellt, daß die für Eihaut-, bezw. Placentarreste angesprochenen Gebilde nekrotische, stinkende Cervikalpolypen sind. Nach ihrer Abtragung und energischer Desinfektion des Cervikalkanales unschwierige Erweiterung des letzteren mit Hegarschen Dilatatoren. Austastung des Cavum uteri ergibt oben im Fundus ein za. wallnußgroßes, submucöses Myom, das enukleiert wird. Curettage der Uterushöhle Danach Abends Abfall der T. auf 36,5. Am nächsten Tag höchste T. 37,2, aber P. 100. Am 31. V. mehrfaches Erbrechen. T. 38,9, P. 120. Patientin klagt über Unterleibsschmerzen. Die beiden Tumoren sehr druckempfindlich. Am 1. VI. morgens T. 38,8, mittags 37,3, abends 37,8, P. 120. Schlechtes Allgemeinbefinden. Mit Rücksicht auf die ohne Frage vorhandene Infektion des Uterus und der Tumoren wird die Totalexstirpation beschlossen und am nächsten Morgen, an dem die T. zwar auf 36,6 abgefallen war, P. aber immer noch 100 betrug, auch die Schmerzhaftigkeit des Uterus und der Tumoren nicht nachgelassen hatte, ausgeführt. Letztere erwiesen sich als zwei gestielte Uterusfibrome. Auch das ganze Corpus fand sich von zahlreichen Myomknoten durchsetzt. Unschwierige abdominale Totalexstirpation. Jodoformgazedrainage nach der Scheide. Abends befriedigendes Allgemeinbefinden bis auf öfteres Erbrechen. T. 37,5. Am 3. VI. mittags T. 38,3, abends 39,0, P. klein, 120. Am 4. VI. profuse Magenblutung. Am 5. VI. Abfall der T. auf 37,5 bei schlechtem P. Am 6. VI. T. 39,0. Ganz kleiner, unzählbarer P. Exitus letalis. — Sektion ergab kein Magengeschwür. Die Blutung war eine flächenhafte gewesen. Im Abdomen minimale, trübseröse Flüssigkeit. Sonst keine Zeichen von Peritonitis.

Ohne Frage war die Kranke einer akuten, schweren Sepsis erlegen. Ob vaginale Entfernung des Uterus und der Tumoren den tötlichen Ausgang vermieden haben würde, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls würde ich sie heute der abdominalen in einem gleichen Fall vorziehen.

3. 46jährige Nullipara hatte seit Jahren an anteponierendent profusen Menorrhagien gelitten und war deswegen auch curettiert worden. Am 17. Januar wurde sie mir zugeschickt, nachdem sie sechs Wochen fiebernd zu Bett gelegen und an krampfartigen Unterleibsschmerzen, zeitweise auch Durchfällen gelitten hatte. Bei der Aufnahme fand sich der Uterus auf Kleinkindskopfgröße vergrößert, hinter ihm eine prallgespannte Schwellung, eine gleiche rechts. Probepunktion vom hinteren Scheidengewölbe ergab negatives Resultat.

Digitized by Google

Nachdem die Kranke bis zum 23. Februar exspektativ behandelt worden war, ihr Allgemeinbefinden sich aber verschlechtert hatte und fast dauernd abendliche Temperatursteigerungen zu verzeichnen gewesen waren, wurde am 24. II. die vaginale Radikaloperation versucht. Eröffnung der Plica-vesico-uterina. Wegen völliger Unbeweglichkeit des Corpus infolge ganz fester Verwachsungen des Fundus uteri wird die abdominale Coeliotomie angeschlossen. Ueberall findet sich Darm dem Uterus adhaerent. Bei der Lösung werden mehrfach Herde überaus stinkenden Eiters eröffnet. Ausschälung des rechtsseitigen Pyosalpinx, der reißt und ebensolchen Eiter entleert, dann des linken. Exstirpation des myomatösen Uterus. Jodoformgazedrainage nach der Scheide. Tod am dritten Tag p. op. an akuter Sepsis.

Der tötliche Ausgang in diesen beiden Fällen kann, wie schon gesagt, nicht bei einer Wertung der abdominalen Totalexstirpation des myomatösen Uterus herangezogen werden. Nicht diese an sich, sondern die schon zuvor bestandene Infektion, bezw. das Vorhandensein infektiöser Herde in der Umgebung des Uterus haben ihn herbeigeführt.

Ich möchte hier einen weiteren Fall einfügen, bei welchem die Prognose eine sehr ungünstige war, der aber doch zur Heilung kam.

4. 55jährige Nullipara. Bereits von achtzehn Jahren hatte ich bei ihr einen uterinen bis zu den Rippenbögen reichenden Kolossaltumor festgestellt und zur Operation geraten. Die Patientin ließ sich nicht wiedersehen. Ihr Allgemeinbefinden soll, wenn auch kein gutes, doch ein befriedigendes gewesen sein. Nachdem seit zwei Tagen plötzlich heftige Unterleibsschmerzen und häufiges Erbrechen aufgetreten waren, wurde ich vom Hausarzt zugezogen. Ich fand die Kranke sich vor Schmerzen krümmend, ihr Aussehen verfallen. T. 38,2, P. 120. Der Tumor wie früher. Er, sowie das ganze Abdomen, sehr druckempfindlich. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Peritonitis infolge nekrotischer Vorgänge im Tumor. Nach Ueberführung der Patientin in das Diakonissenhaus abends 8½ Uhr Coeliotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich der hochrote Tumor. Gleichzeitig entleert sich trübseröse, außerordentlich übel- und fast fäkulent riechende Flüssigkeit. Dies erweckt den Verdacht, daß es sich um eine Appendicitis handelt. Nach Erweiterung des Bauchschnittes um 4 cm über den Nabel Anbohren und Vorwälzen des Tumors, der zunächst eine Inspektion des Proc. vermif. unmöglich macht. Abbinden und Durchtrennen der Lig. lata. Abschieben der Blase. Eröffnung der Excavatio-vesico-uterina, dann des Douglas. Völliges Auslösen des

Digitized by Google

uterinen Tumors. Der Appendix findet sich kleinfingerdick geschwollen, mißfarben, an einer Stelle gangränös. Er wird in typischer Weise abgetragen. Auch das Coecum sieht z. T. mißfarben aus. Von einer Resektion wurde Abstand genommen, da der Puls trotz Kamphereinspritzungen und subkutaner Kochsalzinfusion sehr frequent, kaum noch fühlbar geworden war. Durchspülen der Bauchhöhle mit mehreren Litern warmer physiologischer Kochsalzlösung. Gazedrainage nach der Vagina, die in die Nähe des Cavum geleitet wird. Drei-Etagennaht der Bauchdecken.

Ich glaubte kaum die Operierte am anderen Morgen noch lebend anzutreffen, fand sie aber in überraschend gutem Zustand. T. 37,6. P. 90, kräftig, nachdem in der Nacht noch ein Liter physiologischer Kochsalzlösung subkutan infundiert war. Täglich Einreibung von 2,0 Ungt. colloidale Credé an den Extremitäten. Abends T. 37,8, P. 08. Patientin sehr unruhig. Kein Erbrechen. In der folgenden Nacht stundenweis ruhiger Schlaf. Am folgenden Morgen noch einmal Erbrechen. Nach Einführen eines Darmrohres Abgang von Flatus. T. 36,9, P. 90. Die weitere Rekonvalescenz wurde zunächst durch mehrtägige Aufregungszustände und zeitweises Verwirrtsein der Kranken, dann durch eine bis auf die Faszie gehende, diese aber intakt lassende Bauchdeckeneiterung und eine Exsudatbildung in der Gegend des Coecum verzögert (in der ganzen Zeit stieg die T. nur zweimal auf 38°), so daß die Kranke erst sieben Wochen p. op. bei bestem Wohlbefinden entlassen werden konnte.

Ich glaube, daß in diesem Fall gerade der Totalexstirpation, bezw. der durch sie möglichen ausgiebigen Drainage nach unten der glückliche Ausgang zu danken ist.

Kehren wir zu den tötlich verlaufenen Fällen zurück, so habe ich noch über zwei zu berichten, bei denen sich ein Zusammenhang des unglücklichen Verlaufes mit der Operation nicht ohne weiteres in Abrede stellen läßt.

5. 34jährige, seit neun Jahren verheiratete Nulligravida. Menses seit Verheiratung bis vierzehn Tage anteponierend, achttägig. Zur Zeit der Konsultation seit acht Wochen ausgeblieben. Vor acht Jahren wegen Metrorrhagien Abrasio mucosae uteri. Patientin gibt an, seit ihrer Mädchenzeit magenleidend zu sein. Sie klagt über heftige Kreuz- und Unterleibsschmerzen, Obstipation bis zu drei Tagen, Aufstoßen, Appetitlosigkeit. In den letzten Monaten will sie stark abgemagert sein. Untersuchung ergibt die Portio ganz nach vorn stehend, der Douglas und das kleine Becken ausgefüllt durch einen soliden Tumor, der nach Reposition bis zwei Querfinger unter den Nabel reicht. Am 19. Juli leichte abdomi-

Digitized by Google

nale Totalexstirpation mit Eröffnung des Douglas beginnend. Jodoformgazedrainage nach der Vagina. Der myomatöse Uterus erweist sich als in einzelnen Abschnitten cystisch erweicht, aber nicht, wie vermutet worden war, malign degeneriert. Die T. überstieg in den nächsten 5 Tagen 37,5 nicht. Morgens war sie stets unter 37. P. schwankte zwischen 80 und 90. Flatus am zweiten, Stuhl am vierten Tag p. op. Gutes Allgemeinbefinden bis auf Appetitlosigkeit. Am Abend des 24. VII. läßt sich die Patientin Kulmbacher Bier geben. Nachdem sie geschlafen, klagt sie gegen Morgen plötzlich über Magenschmerzen. Es tritt mehrfach Erbrechen ein, gefolgt von großer Unruhe.

Ich finde die Kranke mit kleinem, jagendem P. T. 36,8. Verfallenes Aussehen. Abdomen aufgetrieben, sehr druckempfindlich, kühle Extremitäten, kurz das Bild einer Perforationsperitonitis. T. stieg schnell auf 39,7. Noch an demselben Tag trat der Exitus letalis ein. Leider wurde von dem Ehemann die Sektion verweigert.

Auszuschließen ist nach dem ganzen Verlauf nicht, daß es sich in dem vortragenden Fall um eine Perforationsperitonitis, vielleicht vom Magen ausgehend — wie erwähnt war die Kranke seit Jahren magenleidend gewesen — gehandelt, der unglückliche Ausgang also nicht direkt mit der abdominalen Totalexstirpation zusammengehangen hat. Es ist nicht ersichtlich, wie von der Operationswunde aus am 6. Tage p. o. sich ganz plötzlich noch eine so schnell verlaufende Peritonitis entwickelt haben sollte.

6. 47jährige, seit elf Jahren verheiratete Nulligravida. Vor fünfzehn Jahren war bereits von anderer Seite ein Uterusmyom konstatiert und mit Elektrizität behandelt worden. Seit einem Jahr hatte Patientin bemerkt, daß der Unterleib an Umfang zunahm. Gleichzeitig hatten sich ziehende Schmerzen in ihm, zeitweis Incontinentia urinae eingestellt. Stuhl konnte nur durch Klysmata erzielt werden. Die früher angeblich regelmäßigen Menses treten seit dreiviertel Jahren alle drei Wochen ein, waren manchmal profus, aber nur von drei- bis viertägiger Dauer. Die Untersuchung der sehr abgemagerten, anaemischen Kranken ergab einen großen, unregelmäßigen, myomatösen Uterus, dessen oberste Kuppe handbreit über den Nabel reichte.

Da die Kachexie der Kranken den Verdacht auf maligne Entartung des Myoms nahelegte, wurde die abdominale Totalexstirpation ausgeführt. Sie war durch Ausschälung eines großen, den ganzen Douglas ausfüllenden Myomknollens erschwert. Bei letzteren wurden große Venenlumina eröffnet, aus denen es profus

Digitized by Google

blutete. Nach exakter Blutstillung wurde ein Jodoformgazestreifen in die Vagina gelegt und darüber vorderer und hinterer Peritoneallappen vernäht. Am Tag der Operation Puls klein und frequent. Hebt sich auf Kampher- und subkutane Kochsalzinfusion. In den folgenden Tagen entwickelte sich das bedrohliche Bild einer Darmlähmung, welche zunächst allen Maßnahmen trotzte. Schließlich gingen am fünften Tag durch Einläufe mit physiologischer Kochsalzlösung (Aushebern des Darms) Blähungen ab. Auf Calomel erfolgten dann reichliche Stühle, welche aber in der Folge in anhaltende Diarrhöen übergingen. Dabei nahmen die Kräfte der Kranken mehr und mehr ab. Am fünfzehnten Tag p. op. starb sie. — Die Sektion ergab nicht die geringsten Anzeichen von Peritonitis, aber massenhafte Geschwüre des Dickdarms.

Wenn ich diese beiden Fälle rein auf das Konto der Operation setze, obwohl es in dem ersten mehr als zweifelhaft ist, so ergibt dies 2 Todesfälle auf 43 Operationen, also 4,8%.

Ich bin der festen Überzeugung, daß diese hohe Mortalität ihre besondere Ursache gehabt hat. Bei den letzten 25 seit dem Jahr 1903 ausgeführten Operationen ist kein Todesfall mehr vorgekommen, wie überhaupt seit jener Zeit sich kein weiterer infolge von Sepsis, wie wir ihn früher leider ab und zu nach abdominalen Coeliotomien nach längeren Reihen glatter Heilungen erlebten, ereignet hat. Ich finde die einzige, aber auch sehr annehmbare Erklärung hierfür in dem Umstand, daß mit jenem Zeitpunkt sich nicht nur der Operateur, sondern auch die Assistenzärzte und die Operationsschwester der sterilen Gummihandschuhe bedienen.

In einem nicht rein gynäkologischen Krankenhaus, in dem die Assistenten, wenn sie Tages-, bezw. Nachtdienst haben, gelegentlich gezwungen sind, infektiöse Kranke, z. B. diphtheriekranke Kinder zu untersuchen, besteht trotz sorgfältigster Desinfektion ohne Frage eine gesteigerte Infektionsgefahr bei Bauchschnitten durch sie. Diese wird durch Ausschaltung der Hand mittels der Gummihandschuhe beseitigt.

Schließlich möchte ich noch zwei Fälle erwähnen, in denen es im Anschluß an die Operation zu einer Ureter- bezw. Blasenverletzung gekommen ist.

7. 47jährige VI para. Letzte Geburt vor zwanzig Jahren. Menses seit einem Jahr unregelmäßig, anteponierend, profus, siebentägig. Dabei oft Abgang von Stücken. In letzter Zeit ganz un-

Digitized by Google

regelmäßig. Patientin klagt über Mattigkeit, Schwindelanfälle, geschwollene Füße. Sie ist während der letzten sechs Jahre dreimal von anderer Seite ausgekratzt worden. Untersuchung ergibt einen mehr als kindskopfgroßen myomatösen Uterus. Wegen hochgradiger Adipositas der Patientin wird die vaginale Exstirpation beabsichtigt. Der Uterus läßt sich aber durchaus nicht nach unten ziehen, deswegen abdominale Coeliotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle gelingt es auch nicht, das Corpus uteri mit Muzeux vor die Bauchdecken zu bringen, auch nicht, nachdem zahlreiche sehr feste Adhäsionen an seiner Rückseite gelöst worden. Deswegen Abbinden der Ligamente in situ. Quere Durchtrennung des vorderen Peritoneum. Abschieben der Blase. Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, dann des Douglas. Uterus immer noch infolge von Straffheit der unteren Partieen des Lig. lata unbeweglich, welche schrittweis dicht am Cervix abgebunden und durchtrennt werden. Schon am Tag p. op. findet sich die Unterlage mit Urin durchnäßt, während die Blase auch solchen in reichlicher Menge enthält. Rekonvalescenz mehrfach durch allerdings nur kurze Temperaturerhöhungen gestört, welche mit rechtsseitiger Pyelitis in Zusammenhang zu stehen scheinen. Patientin wird schließlich mit der Weisung entlassen, sich später behufs Nephrektomie wieder aufnehmen zu lassen. Erst nach fünf Jahren stellt sie sich wieder vor, weil sie fürchtet, „die Geschwulst könnte wieder wachsen". Ihr Allgemeinbefinden ist dauernd ein sehr gutes gewesen. Seit der Entlassung bemerkt sie manchen Tag überhaupt keinen Urinabgang, an den anderen nur minimalen mit stundenlangen Unterbrechungen. Sie ist mit ihrem Zustand so zufrieden, daß sie cystoskopische Untersuchung oder irgend einen operativen Eingriff verweigert.

Urinuntersuchung ergibt geringe Cystitis. Links in der Scheidennarbe findet sich eine Einziehung mit stecknadelkopfgroßer Öffnung, die sich auch mit feiner Sonde nicht sondieren läßt, und aus der sich bei längerer Beobachtung kein Urin entleert. Beide Nieren nicht vergrößert, nicht druckempfindlich.

Nach alledem muß es zweifelhaft erscheinen, ob es sich um eine Ureterfistel handelt. Wahrscheinlicher ist eine kleine Blasenscheidefistel.

8. 40jährige, seit fünfzehn Jahren verheiratete Ipara. Spontane Frühgeburt im neunten Monat nach Fall. Wochenbett normal. Seit Jahren zwar regelmäßige, aber äußerst profuse Menstruation, welche Patientin sehr schwächt. Seit eineinhalb Jahren, besonders bei körperlicher Anstrengung, heftige Unterleibsschmerzen. Zeitweis erschwertes Urinieren. Untersuchungsbefund: Mannskopfgroßer myomatöser Uterus, von dem ein kindskopfgroßer Knollen nach rechts in das Lig. lat. entwickelt scheint.

Bei der Coeliotomie findet sich die Blase einem mehr als kindskopfgroßem Myom hochherauf aufsitzend. Sie wird abge-

Digitized by Google

schoben, wodurch sie an ihrer Rückseite in der Ausdehnung eines kleinen Handtellers freigelegt wird. Darauf wird das Myom enukleiert, um in die Tiefe des Beckens gelangen zu können. Es müssen noch ein kleineres linksseitiges und ein größeres rechtsseitiges Myom, die z. T. unter der Blase entwickelt sind, ausgeschält werden. Auch jetzt läßt sich das große myomatöse Corpus uteri noch nicht nach oben ziehen. Es wird deswegen supravaginal amputiert, dann der Cervixstumpf exstirpiert. Die in großer Ausdehnung kleeblattförmig freigelegte Blase wird mit Peritoneum gedeckt, ebenso das seitliche Geschwulstbett. Jodoformgazedrainage der Bauchhöhle nach der Scheide. Fünf Tage p. op. wurde geringer Urinabgang p. vag. bemerkt. Dauerkatheter in die Blase. Sofort hörte der Urinabgang auf und trat auch nach Entfernung des Katheters nicht wieder auf. Wegen mäßigen Blasenkatarrhs Helmitol innerlich. Höchste T. am zweiten Tag p. op. 38,3, dann Abfall zur Norm.

Der geringe Urinabgang p. vag. 5 Tage p. op. ist jedenfalls auf Entstehung einer kleinen Blasenfistel infolge Nekrose der Blasenwand zurückzuführen. Daß es zu einer solchen gekommen ist, ist bei der Entwickelung dreier Myomknollen hinter und unter der Blase und ihrer z. T. recht mühevollen Ausschälung nicht zu verwundern. Diese wäre auch bei der supravaginalen Amputation nicht zu vermeiden gewesen, ebensowenig infolgedessen die Blasenfistelbildung. Bei Zurückbleiben des Cervix würde dann aber der Urin in die Bauchhöhle gelangt sein und voraussichtlich zu den schwersten Komplikationen, wenn nicht zum Tod, geführt haben. Ich bin überzeugt, daß gerade hier der Totalexstirpation und der Drainage nach der Vagina der günstige Verlauf zu danken ist.

Die übrigen 25 Fälle lasse ich in kurzer tabellarischer Übersicht am Schlusse der Arbeit folgen.

Ich habe bisher der vaginalen Totalexstirpation des myomatösen Uterus nicht Erwähnung getan. In geeigneten Fällen ist sie natürlich der abdominalen vorzuziehen. Aber ich bin der Ansicht, daß man die Grenzen für sie nicht zu weit stecken soll. In zwei Fällen (24, 33) habe ich von ihr zur abdominalen Operation übergehen müssen, was, wenn auch nicht für die Kranke von wesentlicher Bedeutung, doch für den Operateur unangenehm ist.

Gewiß kann man selbst bis zum Nabel reichende myomatöse Uteri von der Scheide aus entfernen. Der Eingriff wird

Digitized by Google

aber stets schwieriger, länger dauernd, meist auch blutiger sein, Nebenverletzungen werden leichter vorkommen, als wenn man vom Abdomen vorgeht. Bei der Entscheidung der Frage, welchen Weg man einschlagen soll, muß nach meinen Erfahrungen in erster Linie ausschlaggebend sein, ob sich der Uterus gut nach unten bis oder in die Nähe der Vulva ziehen läßt. Wenn dies nicht gelingt, wenn der Uterus selbst bei kräftigem Zug nicht nach unten tritt, coeliotomiert man besser von vornherein, selbst in den Fällen, wo das myomatöse Corpus wenig mehr als kinderkopfgroß ist. Sieben von mir unter Einhaltung dieser Gegenanzeige vaginal ausgeführte Operationen, bei denen der Uterus z. T. wesentlich größer war, ließen sich ohne Schwierigkeit zu Ende führen. Die Kranken machten eine glatte Rekonvalescenz durch.

Von der Erörterung der Frage, wann Uterusmyome überhaupt ein operatives Eingreifen erfordern, sehe ich, als nicht in den Rahmen dieser Arbeit fallend, ab. Ich fasse aber zum Schluß noch einmal die Anzeigen zur Totalexstirpation des myomatösen Uterus zusammen:

1. Bei Frauen vom 40. Lebensjahr ab, ausgenommen diejenigen, welche noch menstruieren*) und erst seit kurzer Zeit verheiratet oder bisher kinderlos gewesen oder es wieder geworden sind, falls sie sich die Möglichkeit zu empfangen und einem Kind das Leben zu geben, erhalten sehen wünschen.

2. Bei nachweislicher oder wahrscheinlicher maligner Erkrankung des Uterus, bezw. der Myome.

3. Bei Bildung großer Bindegewebswundflächen infolge von Ausschälung von Myomen aus den Ligam. latis oder dem Beckenbindegewebe, zumal, wenn sie sich nicht völlig mit Peritoneum decken lassen.

4. Bei ausgedehnter Freilegung der Blase durch Ausschälung hinter und unter sie entwickelter Myome.

In den Fällen unter 3 und 4 ist Drainage der Bauchhöhle mittels Gaze nach der Scheide angezeigt.

*) Myomkranke, bei denen ein operatives Vorgehen in Betracht kommt, scheinen sich in der großen Mehrzahl in oder jenseits des 40. Lebensjahres zu befinden. Von meinen 33 Patienten hatten nur 5 dasselbe noch nicht erreicht, 10 standen zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr, 18 dagegen hatten das letztere bereits überschritten.

Digitized by Google

9.	38 J.	2 para. Letzte Geburt vor 15 Jahren.	Um 8. Tage anteponierende profuse Menses. Später anhaltende Blutungen.	Wehenartige Schmerzen. Wachstum der Geschwulst.
10.	43 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses normal.	Quälender Urindrang.
11.	41 J.	Seit 15 Jahren verheiratete Nulligravida.	Menses normal.	Quälende Blasenbeschwerden.
12.	42 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses regelmäßig, aber profus.	Unterleibsschmerzen, Blasenbeschwerden.
13.	47 J.	Witwe, Nulligravida.	Seit Jahren profuse, bis 10 Tage anhaltende Menses.	Mattigkeit, Druck auf Darm, hochgradige Hysterie.
14.	42 J.	Multipara. Letzte Geburt vor 12 Jahren.	Menses um 8—10 Tage anteponierend, profus.	Hochgradige Anaemie.
15.	35 J.	Unverheiratete Nulligravida. Lehrerin.	Menses regelmäßig aber profus, stückig. Schon 8 Tage zuvor heftige Unterleibsschmerzen.	Starkes Drängen nach unten, Anaemie.
16.	50 J.	Seit 13 Jahren verheiratete Nulligravida.	Menses seit 1 Jahr um 1 Woche, in letzter Zeit um 14 Tage anteponierend, 8 Tage anhaltend.	Schmerzen im Unterleib.

Digitized by Google

Fundus dicht unter Nabel. Doppelseitiger Hydrosalpinx. Links Kystovarium.	Glatte Genesung, Entlassung am 25. Tag p. op.
Das kleine Becken ausfüllendes Myom. Vor ihm der kleine Uterus. Kastration beabsichtigt, wegen Verwachsung der Anhänge und Kürze des Ovarialstiels aufgegeben.	Glatte Genesung. Entlassung am 28. Tag.
Seit $2^1/_2$ Jahren bis handbreit über Symphyse gewachsenes Myom, wenig beweglich. Beide Tuben in feste Adhäsionen eingebettet, z. T. mit Darm verwachsen.	Am 8., 9. und 11. Tag T. 39 bzw. 39,2 bei gutem Allgemeinbefinden ohne nachweisbare Ursache. Bauchwunde p. p. i. Entlassung am 27. Tag p. o.
Mehrknolliges, bis über den Nabel reichendes Myom. Bei Abschieben der Blase reißt ein linkes hoch nach oben reichendes Divertikel ein. Naht in 2 Etagen.	Ungestörte Rekonvalescenz. Entlassung erst am 30. Tag wegen Schwäche.
Bis zum Nabel reichendes, das kleine Becken ausfüllendes Myom. Uterus an die Symphyse gedrängt.	Entlassung am 28. Tag.
Handbreit über die Symphyse ragendes Uterus-Myom. Versuch der vaginalen Exstirpation scheitert, abdominale Coeliotomie durch Adipositas erschwert.	Rekonvalescenz durch Aufgehen der Bauchwunde bis auf die Fascie verlängert. Secundärnaht p. p. i.
Bis zum Nabel reichendes Myom, auffallend weich.	Entlassung nach 4 Wochen, ungestörter Heilungsverlauf.
Bis 2 Querfinger über den Nabel reichender myomatöser Uterus.	Glatte Rekonvalescenz. Entlassung am 26. Tag.

Digitized by Google

17.	40 J.	Seit 20 J. verheiratete Nulligravida. Letzte Geburt vor 16 Jahren. Dann 3 Aborte im 3. u. 4. M.	Menses ca. 14 Tage anteponierend 8 tägig, profus.	Schmerzen und Druck rechts im Leib.
18.	46 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses stets einige Tage zu früh. Dauer 6—8 Tage, profus.	Häufiger Harndrang. Stechende Schmerzen im Unterleib. Ziehen in den Oberschenkeln. Blutig gefärbter Ausfluß.
19.	46 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses fünfwöchentlich profus, von 3—8 tägiger Dauer.	Anaemie, Oedeme der Füße, Herzklopfen. Migräne, Spannen im Unterleib.
20.	47 J.	Seit 17 Jahren verheiratete Nulligravida.	Menses meist anteponierend, profus, bis 14 Tage. Auch in der intermenstruellen Zeit oft blutig gefärbter Ausfluß.	Früher von dem Ehemann gonorrhoisch infiziert. Wiederholte Anfälle von Perimetritis. Stuhlverstopfung, Druck auf die Blase.

Digitized by Google

bis zum Nabel reichender myomatöser Uterus.	Glatte Genesung bis auf Parese des rechten Armes. Entlassung am 26. Tag p. o.
Corpus uteri mit Myomen durchsetzt. Links schmalbasiges subseröses Myom, ein gleiches faustgroßes im Douglas. Schwieriges Ablösen der Blase infolge eines unter dieselbe entwickelten Myoms.	Glatte Genesung. Entlassung nach 4 Wochen.
bis nahe an den Rippenbogen reichender myomatöser Uterus.	Ungestörter Heilungsverlauf. Entlassung nach 4 Wochen bei gutem Allgemeinbefinden.
unregelmäßiger, z. T. zystischer Tumor, bis zum Nabel reichend.	Der myomatöse Uterus vielfach mit Därmen fest verwachsen, ebenso die Anhänge (links großer Hydrosalpinx, rechts altes Haematovarium). Uterus nicht nach oben zu bringen, Spaltung in situ. Enukleation zweier Myome. Völlige Spaltung bis in die Vagina. Dann Exstirpation beider Uterushälften. Rekonvalescenz durch Auseinandergehen sehr fettreicher Bauchdecken in der Hälfte des Schnittes bis auf die Faszie gestört. Sonst glatter Verlauf. Entlassung nach 52 Tagen.

Digitized by Google

21.	53 J.	IV para. Letzte Geburt vor 10 Jahren. Wochenbett fieberhaft.	Menses bis vor 1 Jahr regelmäßig, dann achtwöchentliche Blutung. Darauf vierteljährige Amenorrhoe. Dann Menses in dreiwöchentlichen Pausen von achttägiger Dauer.	Kreuzschmerzen. Schmerzen im linken Arm und Brust.
22.	49 J.	Nulligravida, seit langen Jahren verheiratet.	Menses manchmal 1 Woche ante- oder postponierend, 2—3 Tage anhaltend, nicht sehr stark.	Schmerzen im Unterleib, besonders p. menstr. Kreuzschmerzen, Haemorrhoiden.
23.	46 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses ziemlich regelmäßig, stark.	Epilepsie. Schmerzen links im Unterleib. Hämorrhoiden. Mehrmals Ischurie, die Katheterismus nötig machte.
24.	41 J.	Seit 18 Jahren verheiratet. Im Beginn der Ehe wahrscheinlich 3 Aborte.	Menses immer einige Tage anteponierend, stark. Wiederholt Blutungen außer der Zeit.	Vor 2 Jahren fieberhafte Unterleibsentzündung. Lag 4 Wochen.

Digitized by Google

Myomatöser Uterus innerhalb 4 Monaten von Kindskopfgröße bis zum Nabel gewachsen.	Operation durch sehr fette Bauchdecken und straffe Ligamente erschwert. Guter Heilungsverlauf. Entlassung am 23. Tag p. op.
Mannskopfgroßes Myom, kurz gestielt von der rechten Seite des Fundus ausgehend.	Abtragung des Myoms. Da es aus der uterinen Schnittfläche wie aus cavernösem Gewebe blutet, ein Durchschnitt des Tumors sarkomatöse Entartung befürchten läßt, Totalexstirpation. Entlassung am 26. Tag p. op.
Klein-mannskopfgroßer, etwas beweglicher, den Douglas ausfüllender Tumor. Portio hinter Symphyse.	Der myomatöse Uterus sinkt in Beckenhochlagerung spontan in das große Becken. Leichte Operation. Entlassung am 23. Tag p. op.
Seit 2 Jahren bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse gewachsener myomatöser Uterus.	Versuch der vaginalen Exstirpation unter Spaltung der vorderen Wand. Da Uterus sich nicht nach unten ziehen läßt, abdominale Coeliotomie. Dann unschwere Totalexstirpation. Entlassung am 25. Tag p. op.

Digitized by Google

25.	47 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses immer regelmäßig, schmerzlos, nicht zu stark.	Seit 1/2 Jahr Steifigkeit und Schmerzen im Rücken. Seitdem Geschwulst im Unterleib konstatiert. Verstopfung. Häufige Blasenbeschwerden.
26.	49 J.	Seit 28 Jahren verheiratete I para. Normale Geburt vor 24 Jahren.	Menses bis vor 1 Jahr regelmäßig, aber stark. Dann Amenorrhoe. Seit 4 Wochen unregelmäßige Blutungen.	Vor 8 Wochen Blasen- und Urinleiden (?). Schmerzen in der rechten Seite. Auffallende Abmagerung.
27.	48 J.	Seit 16 Jahren verheiratete II para, 1 Abort. Letzte Geburt vor 12 Jahren.	Menses bis vor 1/4 Jahr regelmäßig, nicht zu stark. Seitdem ganz unregelmäßige Blutung, z. T. sehr stark.	Druck im Unterleib.
28.	50 J.	Seit 25 Jahren verheiratete II para.	Menses bis vor 1 Jahr regelmäßig. In den letzten 2 Monaten in vierzehntägigen Pausen 14 Tage anhaltend, stark, stückig.	Mattigkeit, Verstopfung.

Digitized by Google

Mehrknolliger, myomatöser Uterus, bis dicht unter Nabel reichend.	Operation durch ganz intraligamentär entwickeltes Ovarialkystom erschwert. Mikroskopische Untersuchung des sarkomverdächtigen Myoms ergibt nur ein solches. Pat. soll ein Jahr p. op. an malignen Tumoren der Brusthöhle zu Grunde gegangen sein. Entlassung am 20. Tag p. op.
Mannskopfgroßer, ganz gleichmäßig vergrößerter Uterus.	Leichte Operation. Entlassung der Pat. am 19. Tag p. op. Myome erwiesen sich an verschiedenen Stellen sarkomatös entartet. Pat. erholte sich nach Operation schnell und nahm an Gewicht zu.
Bis dicht an den Rippenrand reichender myomatöser Uterus, seit 5 Jahren von Kindskopfgröße gewachsen.	Leichte Operation. Entlassung am 25. Tage nach derselben.
Kindskopfgroßer, mehrknolliger myomatöser Uterus, der sich nicht nach unten ziehen läßt.	Schwere Operation durch fette Bauchdecken, vielfache Verwachsung des myomatösen Uterus, im Douglas fest adhaerentes Ovarialkystom, feste Ligamente. Supravaginale Amputation. Dann Exstirpation des Cervix. Entlassung am 26. Tag p. op.

Digitized by Google

29.	38 J.	Seit 13 Jahren verheiratete I gravida. 1 Abort vor 12 Jahren.	Menses vierwöchentlich, nicht zu stark. Heftige Dysmenorrhoe bei Eintritt.	Seit 4 Monaten Starkwerden des Leibes. Druck im Leib. Abmagerung. Gewichtsverlust seit 1/4 Jahr um beinah 11 Pfd.
30.	50 J.	Multipara.	Menses anteponierend, profus, lange anhaltend.	Unterleibsschmerzen, Druck auf den Darm. Häufiger Urindrang.
31.	48 J.	I para. Geburt vor 25 Jahren.	Menses seit mehreren Jahren um 1—2 Wochen anteponierend, stark, 5—8 Tage anhaltend. Im letzten Jahre Pausen bis 8 Wochen. Die letzten Male äußerst profus. Auch in der intermenstruellen Zeit blutiger Ausfluß.	Scharfer, gelblicher Ausfluß. Mattigkeit. Zeitweis krampfartige Unterleibsschmerzen, in die Oberschenkel ausstrahlend.

Digitized by Google

lehrknolliger, myomatöser Uterus von Mannskopfgröße.	Bei Eröffnung der Bauchhöhle Verletzung der hochreichenden Blase. Da sich die tieferen Partien des Tumors nicht zugänglich machen lassen, mediane Spaltung. Enukleation eines kokosnußgroßen Myoms. Supravaginale Absetzung des Corpus. Dann Exstirpation des auch noch kleine Myomknoten enthaltenden Cervix. Langsame Rekonvalescenz infolge schweren Blasenkatarrhs.
Bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel reichendes Uterusmyom. Im Douglas ein gleiches, mehr als kindskopfgroßes, wenig bewegliches. Portio verstrichen, hinter der Symphyse.	Blase am vorderen Myom hoch heraufreichend. Glatte Operation. Entlassung am 23. Tage p. op.
Kindskopfgroßer myomatöser Uterus, der innerhalb 3 Monaten um das dreifache wuchs.	Ganz profuse plötzliche Blutung gab Anlaß zu Laminariadilatation. Das Corpus ausfüllend weiche, leicht ausschälbare Geschwulst. Mikroskopische Untersuchung ergab malignes Adenom. Rechts hinter dem Uterus wenig bewegliche, mehr als hühnereigroße, feste Schwellung. Erweist sich bei der Coeliotomie als karzinomatös degeneriertes, vielfach verwachsenes Ovarium. Infolge großer Anaemie langsame Rekonvalescenz. Später blühend. Nach $^3/_4$ Jahren kein Rezidiv.

Digitized by Google

32.	45 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Menses stark, schmerzhaft. Waren 8 Wochen ausgeblieben. Blutet seit 14 Tagen anhaltend, profus.	Große Mattigkeit, Schmerzen im Unterleib, sehr reichlicher Fluor.
33.	64 J.	Unverheiratete Nulligravida.	Seit 7 Jahren starker fluor albus. Seit 7 Wochen anhaltende ziemlich starke Blutung.	Anaemie. Aussetzende Herztätigkeit. Puls klein, leicht wegdrückbar. Hochgradige Adipositas. In die Vulva geborener faustgroßer stinkender Polyp. Mikroskopische Untersuchung ergibt maligne Entartung.

Digitized by Google

Beiderseitiger zystischer Tumor. An dem kindskopfgroßen, unregelmäßigen Uterus links und rechts kurzgestielte faust- bezw. hühnereigroße Myome.	Leichte Operation. Entlassung am 40. Tag. Parese des rechten Beines. Später durch Faradisation gehoben.
Faustgroßer myomatöser Uterus, ihm aufsitzend ein gleichfalls faustgroßes subseröses Myom.	Versuch der vaginalen Exstirpation mißlingt trotz vorderer u. hinterer Wandspaltung, weil das subseröse Myom fest verwachsen. In den ersten 10 Tagen p. o. wiederholt Anfälle von Herzschwäche. Nekrose der Fettschicht der Bauchdecken. Entlassung nach 10 Wochen p. o.

Digitized by Google

Im Verlage von **Carl Marhold** in **Halle a. S.** erscheint fortlaufend:

Sammlung zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

Heft 3 **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**. Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benckiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—.

„ 8 **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influenza und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Ehrmann**, Dr. Arn., in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. C. **von**, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

„ 5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. R., in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. **Frz.**, in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N, in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis". Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2 **Torggler**, Prof Dr. **Franz**, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. J, in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. E., in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Wolsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhuber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. P., in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. Alb., in Frankfurt a. M. Ueber Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. H, Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Fortsetzung auf Seite 3 des Umschlages.

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis.
Herausgegeben von
Sanitätsrat Dr. Max Graefe in Halle a. S.
VII. Band, Heft 6.

Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten.

Von

W. Bokelmann.

Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1907.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 0,75.

Digitized by Google

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Bereits in

achter Auflage

erschien die weltberühmte Broschüre

Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes.

Von Dr. **P. J. Möbius** in Leipzig.

Elegant ausgestattet Preis M. 1,50.

In der Nummer vom 26. Aug. 1905 schreibt über obige Broschüre die Neue Augsburger Zeitung:

Mit Schopenhauerscher Rücksichtslosigkeit und Geradheit geht der Verfasser an sein Thema, die von Natur aus gegebene intellektuelle Eigenart — nennen wir sie so — des Weibes (wir acceptieren die Bezeichnung als einzig richtig) im Vergleich zum Manne darzutun. Das Buch ist ja vielbefehdet und alle möglichen Motive sind dem Verfasser unterschoben worden; wir können darin nur ernstes Streben nach Sachlichkeit und Wahrheit finden. In gewissem Sinne möchten wir das Büchlein ein Handbuch zur Frauenfrage — so drückt man sich gebildet aus — nennen; man wird es nicht weglegen, ohne viel gelernt und reiche Anregung erhalten zu haben. Es ist ein Buch nicht zum Lesen, sondern zum Überdenken. Die angefügten Kritiken, zustimmende wie gegnerische, vervollständigen das Gesamtbild, besonders die letzteren, die von Angehörigen des angegriffenen Teils ausgehen: selten erkennen sie das thema probandum, verlieren sich in zur Sache nicht gehörende Nebendinge; kommen sie einmal auf den Kernpunkt der Sache, so glauben sie mit platter Negation die logisch strikte durchgeführten Aufstellungen des Gegners abgetan zu haben

---

Die Erfahrungen, die der Verfasser mit seiner Broschüre „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes" gemacht hat, sind für ihn die Veranlassung geworden, weiter in das für viele nach allen und für alle nach vielen Richtungen hin dunkle Gebiet der Geschlechtsverschiedenheit einzudringen. Die Früchte dieser hervorragenden Forschertätigkeit liegen vor in den

Beiträgen zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden

12 Hefte in einem Band geheftet 12 M., in Leinenband gebunden 13 M.

Die Gesamtausgabe ist mit dem Bildnis Möbius' geschmückt und bereichert durch eine wissenschaftliche „Einführung" von Dr. Ernst Jentsch und eine kurze Biographie aus der Feder von Professor M. Möbius.

Jedes Heft ist auch einzeln käuflich:

Heft	1. Geschlecht und Krankheit	Mk. 1.—
„	2. Geschlecht und Entartung, II. Aufl.	„ 1,—.
„	3/4. Über die Wirkungen der Kastration, II. Aufl.	„ 2,—.
„	5. Geschlecht und Kopfgröße	„ 1,—.
„	6. Goethe und die Geschlechter	„ 1,—.
„	7/8. Geschlecht und Kinderliebe	„ 2,—.
„	9. Die Geschlechter der Tiere I. Teil. Die Schönheit	„ 1,—.
„	10. „ „ „ „ II. Teil. Die Triebe	„ 1,—.
„	11/12. „ „ „ „ III. Teil. Der Schädel	„ 2,—.

Jedes einzelne Thema ist vollständig in sich abgeschlossen.

Ueber die eminente Bedeutung dieser glänzenden Forschungen ist sich die gesamte medizinische und Tagespresse durchaus klar, wie die zahlreichen, z T. begeisterten Kritiken bewiesen haben.

Digitized by Google

Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft

bei inneren und Geisteskrankheiten.

Von

W. Bokelmann.

Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1907.

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B., Professor Dr. Menge in Erlangen, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Max Graefe
in Halle a. S.

VII. Band, Heft 6.

Digitized by Google

Zur Diagnose und Therapie der Nieren-Blasentuberkulose bei der Frau.

Von

Dr. **R. Knorr**, Berlin.

Eine gesonderte Besprechung der Diagnostik und Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose bei Frauen hat gewiß ihre Berechtigung. Wenn auch die Tuberkulose des Harnapparates bei beiden Geschlechtern fast völlig gleich verläuft, entsprechend der Tatsache, daß hierbei die Nierenaffektion fast stets das primäre und wichtigere ist und die Blasenbeteiligung erst in zweiter Linie in Betracht kommt, so existieren doch in diagnostischer Beziehung gewisse Unterschiede, die es ganz wünschenswert erscheinen lassen, die Erfahrungen der Gynäkologen auch noch gesondert zu sammeln. Ich erinnere nur an die beim Weibe leichtere Tastung des infiltrierten tuberkulösen Ureters, die Differentialdiagnose anderen gynäkologischen Leiden gegenüber, die ätiologische Beziehung zur Genitaltuberkulose und schließlich die Behandlung der Nierentuberkulose in der Schwangerschaft.

Auch aus einem anderen Grunde werden allgemein urologische Untersuchungen immer mehr an speziell gynäkologischem Material ausgeführt werden.

Seitdem die Gynäkologen angefangen haben, sich mehr den früher vernachlässigten Erkrankungen des Harntraktus zuzuwenden, seitdem sie mehr und mehr zystoskopieren, wird ihr Interesse für Krankheitszustände wachgerufen, die nicht mehr lediglich die Domäne des Gynäkologen sind. Auf dem großen, alle Disziplinen berührenden Gebiete der Urologie

Digitized by Google

treffen sich in vereinter Arbeit außer den Urologen par excellence die Internisten, die Chirurgen und die Gynäkologen. Wenn ich also über meine Erfahrungen in der Diagnose der Nieren-Blasen-Tuberkulose bei Frauen berichte, so hoffe ich damit nicht nur dem Gynäkologen einiges neue zu bringen, sondern auch einen kleinen Beitrag zur Pathologie dieser Krankheit überhaupt zu bringen, der auch für den Urologen von einigem Interesse ist.

Die Diagnose der Nierentuberkulose ist mitunter eine recht schwierige, sie wird leider oft nicht gestellt und so kommt es, daß gar mancher Fall, der durch eine rechtzeitige Nephrektomie hätte gerettet werden können, einem schrecklichen Siechtum verfällt. Genau wie beim Karzinom ist es unsere Pflicht, Frühdiagnose zu treiben. Das ist nur möglich, wenn unser diagnostischer Apparat vervollkommnet, aber auch vereinfacht wird.

Es ist aus diesem Grunde sicher zweckmäßig, die Diagnose und Therapie dieser Erkrankung in einer für Frauenärzte bestimmten Zeitschrift wieder einmal zu besprechen.

Ein anderer Grund, der mich hierzu bestimmt, ist die Erkenntnis, daß noch manches in der Symptomatologie der Erklärung harrt, daß insbesondere die zystoskopische Diagnostik noch mancher Verfeinerung bedarf und daß vor allem eine Kritik der bisher bekannten diagnostischen Hilfsmittel durchaus nötig ist, um aus dem Vielen, was in letzter Zeit über die Diagnose der Blasen-Nierentuberkulose gefunden und geschrieben wurde, das Sichere und Charakteristische für den Frauenarzt auszuwählen.

Ich werde nun in folgendem auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen in letzter Zeit, die sich auf 12 Fälle von Nieren- und Blasentuberkulose beziehen, die Diagnose und wiederum hauptsächlich die zystoskopische besprechen.

Es ist klar, daß derjenige, der bei Störungen der Harnfunktionen bei Frauen dieselben gewohnheitsmäßig auf den Genitaltraktus bezieht, getreu der Devise „tota mulier in utero“, und infolgedessen die chemisch-bakteriologische Untersuchung des Harnes, sowie die Zystoskopie unterläßt, schwerlich zu einer

Digitized by Google

Diagnose der Tuberkulose des Harntraktes kommt, um so weniger, als er an ihr Vorkommen überhaupt nicht denkt. Auf die Notwendigkeit der urologischen Untersuchung für den Frauenarzt ist bereits von verschiedenen Seiten, ich erinnere nur an Winter, Stöckel, Mirabeau, Krönig, Zangenmeister und Verfasser, so oft hingewiesen worden, daß es an dieser Stelle nicht mehr nötig scheint.

Ich wende mich deshalb heute an diejenigen Gynäkologen, welche die Wichtigkeit der urologischen Diagnose und die große Häufigkeit der Tuberkulose anerkennen, auch im Besitze der diagnostischen Hilfsmittel, insbesondere des Zystoskops sind und dennoch auf Schwierigkeiten in der Diagnose der Tuberkulose stoßen.

Die Ursache gelegentlicher diagnostischer Mißerfolge mit dem Zystoskop liegt besonders daran, daß die allgemein üblichen Anschauungen über das Blasenbild bei Tuberkulose nicht immer den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. So unterschätzt man eine Reihe sehr wertvoller Befunde, nur weil sie nicht absolut beweisend sind, man fahndet meist zu sehr nach miliaren Tuberkeln, die doch nicht so häufig vorzukommen scheinen, wie manche Autoren glauben, und man begeht den Fehler, gleich zuviel von unserem diagnostischen Können in der Zystoskopie zu erwarten. Wir müssen uns, wenn ich mich juristisch ausdrücken darf, zunächst mit einem Indizienbeweis begnügen und erst wenn durch diesen große Wahrscheinlichkeit für Tuberkulose besteht, die zwar absolut beweisenden, aber mitunter umständlichen und schwierigeren Beweismittel der Bakteriologie und des Tierexperimentes heranziehen. Erst durch eine kritikvolle Auswahl der einzelnen diagnostischen Hilfsmittel läßt sich im konkreten Fall diese Krankheit leicht erkennen. Für die Praxis muß demnach nach vereinfachten und rasch zum Ziele führenden Methoden der Diagnostik gesucht werden.

Die Zystoskopie ist besonders dazu berufen, uns eine frühe und rasche Erkennung zu gestatten, allerdings müssen wir noch genauere Kenntnisse über das Blasenbild erhalten. Das ist nun ein Hauptzweck dieser meiner Arbeit.

Auch ist die Symptomatik, wie sie in verschiedenen Lehr-

Digitized by Google

und Handbüchern dargestellt ist, nicht mehr ganz den neuerdings gefundenen Tatsachen entsprechend, so daß erst durch eine genauere kritische Darstellung der Diagnostik eine sichere Erkennung dieser häufig so latent verlaufenden Erkrankung erleichtert wird.

Bevor ich zur Besprechung der einzelnen Symptome der Tuberkulose des Harntraktus, insbesondere der so wichtigen zystoskopischen Untersuchung übergehe, möchte ich einige zum Verständnis wichtige Eigentümlichkeiten der Pathogenese und des Verlaufes kurz erwähnen.

Es ist heute allgemein anerkannt, daß die Tuberkulose des Harntraktus ein deszendierender Prozeß ist. Sie entsteht zuerst in einer Niere und befällt allmählich abwärts schreitend den Ureter und schließlich die Blase. Gleichzeitig kann auch in einem geringen Prozentsatz der Fälle die zweite Niere tuberkulos erkranken; dann ist aber die Affektion genau wie bei der ersten Niere auf dem Blutwege erfolgt und nicht von der Blase her aszendiert.

In der Niere ist die Tuberkulose primär nur in bezug auf die Blase. Tatsächlich ist jede Nierentuberkulose ebenfalls sekundär von irgendeinem Herde im Körper entstanden. Gewöhnlich ist eine Lungenaffektion, eine verkäste bronchiale Drüse oder ein Knochenherd der Ausgangspunkt der Erkrankung. Bei der Latenz derartiger Krankheitsherde ist es verständlich, daß die Tuberkulose des Harntraktus leicht als autochthone Erkrankung imponiert.

Da auch die Erscheinungen von seiten der Niere mitunter nur wenig subjektive und objektive Symptome machen und in den vorgeschritteneren Fällen von den weit markanteren der Blasentuberkulose verdeckt werden, ist es begreiflich, wenn man bis in die letzte Zeit die Blasentuberkulose als primäre, selbständige Erkrankung ansehen konnte.

Die Gültigkeit des zuerst von Baumgarten pathologisch-experimentell festgestellten Satzes von der Deszendenz der

Digitized by Google

Harntuberkulose wird auch nicht erschüttert durch einzelne klinische und experimentell-pathologische Tatsachen, die eine Aszendenz der Tuberkulose möglich erscheinen lassen.

Da die Tuberkelbazillen keine Eigenbewegung haben und gegen den im Harntraktus herrschenden abwärts gerichteten Flüssigkeitsstrom nicht andringen können, ist ein solches Verhalten eigentlich sehr naheliegend. Dies gilt nicht nur für den Harntraktus, sondern auch für den Sexualtraktus bei Frauen.

Nur bei Männern ist ein ganz bestimmter aszendierender Infektionsmodus möglich, nämlich der von der Prostata und den samenbereitenden Organen aus. Bekanntlich siedeln sich die Tuberkelbazillen gerne in der Prostata an, allerdings meist im Verlauf einer deszendierenden Tuberkulose, teils auf dem Harnwege, teils auf dem Umwege einer hämatogenen Infektion. Es kann aber auch die Prostata als erstes Organ des Urogenitaltraktus von einem anderen Herde aus infiziert werden, so daß also primäre Prostatatuberkulose entsteht, die alsdann zu Blasentuberkulose führt.

Fälle von primärer Harnröhrentuberkulose sind im allgemeinen nicht häufig; nach E. Burkhardt in 6,2 % der Fälle Bei Frauen gehören sie aber zu den seltensten Vorkommnissen Da eine solche Harnröhrenaffektion, die meist direkt von außen, entweder durch sexuelle oder durch instrumentelle Infektion, entsteht, äußerst stabil ist und der Baumgartenschen Regel entsprechend keine Neigung zum Aszendieren zeigt, so bleiben nur äußerst wenige Fälle, in denen ein Aszendieren bei der Frau in Frage kommen kann.

Allerdings haben Jung und Bennecke durch Experimente bewiesen, daß immerhin ein Aszendieren vorkommt (beim Kaninchen Perlsucht), so daß auch für den Menschen ein Vorkommen aszendierender Genitaltuberkulose möglich erscheint.

Auch sprechen die sehr interessanten experimentellen Versuche von Wildbolz (Zeitschr. für Urologie, 1908, H. 1) dafür, daß ausnahmsweise unter gewissen Umständen eine tuberkulöse Infektion der Niere durch Aszension in den Harnwegen zustande kommen kann, auch ohne eine über das physiologische Maß hinausgehende Urinstauung. Bezugnehmend auf die Versuche von Lewin und Goldschmidt, Contarde

Digitized by Google

und Guyon, durch die nachgewiesen worden ist, daß bei einem bestimmten Blaseninnendruck durch Kontraktion der Blasenmuskulatur Blaseninhalt in den Ureter, sogar bis ins Nierenbecken gepreßt werden kann, spritzte er Kaninchen eine Tuberkelbazillenemulsion in die Blase und setzte dieselben während zehn bis fünfzehn Minuten einem Drucke von 2 cm Quecksilber aus.

Er konnte bei einem Tiere nachweisen, daß nach fünf Wochen lediglich auf urogenem Wege eine beiderseitige tuberkulose Pyelitis bei fehlender Urinstauung sich entwickelt hatte. Eine hämatogene Entstehung war nach dem genauen mikroskopischen Befunde ausgeschlossen.

Auch Fälle von zweifelloser primärer Blasentuberkulose kommen vor, wie Desnos betont (Etiologie de la tuberculose génito-urinaire. XV. Congrès international de médicine. La presse médic. 1906, Nr. 37, Lisbonne 1906). Er hatte Patienten mit tuberkuloser Erkrankung von Blase, Hoden und Prostata in Behandlung, deren Nieren völlig intakt waren. Der Beweis hierfür wurde zystoskopisch und bei nicht erkrankter Blase durch den Katheterismus der Ureteren erbracht.

Wie Kümmell nachweist, ist aber gar mancher Fall von scheinbar primärer Blasentuberkulose doch eine latente primäre Nierentuberkulose. Da wo er sie vermutete, fand er sie auch.

Ja es können zwei nebeneinander einhergehende Systemerkrankungen mit zwei verschiedenen primären Ausgangspunkten bestehen.

Daß die Blase von einer Genitaltuberkulose aus erkrankt, ist sehr selten. Dafür spricht die Erfahrung Kümmells, der bei fünf Fällen von gleichzeitiger Genital- und Vesikalaffektion eine latente primäre Nierentuberkulose als Quelle der Blasenerkrankung vermutete und jedesmal auch seine Annahme bestätigt fand.

Jedes der beiden Systeme, der Genitaltraktus und der Harntraktus bleiben fast stets streng geschieden, was ihre Infektion mit Tuberkulose betrifft. Dieser Satz ist bereits von Amann in seinem Referat auf dem Kongreß zu Rom aufgestellt worden. Auch der Glaubenssatz, daß die tuberkulose Nierenaffektion nur als Teilerscheinung eines über den ganzen

Digitized by Google

Körper verbreiteten unheilbaren Leidens zu betrachten sei, ist jetzt als unrichtig erkannt.

Für die Richtigkeit der Baumgartenschen Theorie sprechen aber ganz besonders die Erfolge der Nephrektomie und die Tatsache, daß nach Eliminierung des Nierenherdes eine Ausheilung der Blasenerkrankung erfolgt.

Für die Harntuberkulose gilt dasselbe, was auch für die Genitaltuberkulose hauptsächlich gilt, daß sie sekundär auftritt, „eine Teilerscheinung einer Drüsentuberkulose, gewöhnlich der Lungenregion, ist".

Auch in meinen zwölf Fällen konnte ich bestätigt finden, daß stets ein primärer Nierenherd vorhanden war und der Prozeß ein deszendierender war. Eine Genitaltuberkulose war in diesen Fällen nicht vorhanden.

Was die Häufigkeit der Nierenblasentuberkulose betrifft, so interessiert uns ihre

1. absolute Häufigkeit (bei beiden Geschlechtern zusammen),
2. ihre Häufigkeit bei der Frau,
3. ihre relative Häufigkeit gegenüber der Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates.

1. Häufigkeit überhaupt.

Durch die Verbesserung der Diagnostik ist in den letzten Jahren die Zahl der diagnostizierten Nierentuberkulosen beträchtlich angeschwollen.

Während meiner vierjährigen Assistentenzeit an der Berliner Universitätsfrauenklinik in den neunziger Jahren sah ich bei dem dortigen großen Frauenmaterial nur vereinzelte Fälle von Nierentuberkulose, während ich in den letzten Jahren in meiner Privatpraxis allein zwölf Fälle zu sehen bekam.

J. Israel hat über 200 Fälle beobachtet und bereits bei mehr als 100 Fällen die Nephrektomie ausgeführt. Casper ah über 128 bei Männern und Frauen.

Digitized by Google

Hottinger berichtet über Erfahrungen an 79 Fällen. Suter über 78 Fälle usw.

2. Erkranken Frauen häufiger als Männer an Nieren-Blasentuberkulose?

Soviel ist sicher, daß bei Frauen diese Erkrankung mindestens ebensooft vorkommt, wie bei Männern; ob sie sogar häufiger eintritt, wie E. Burkhardt annimmt, wage ich auf Grund des mir bekannten Materials nicht zu sagen. A priori läßt sich annehmen, daß bei gleicher Beteiligung beider Geschlechter an der Tuberkulose überhaupt, auch in gleichem Zahlenverhältnis die Nieren erkranken werden, da bei dem Infektionsmodus dieses Organs kaum ein Unterschied zwischen Mann und Weib zu erwarten ist.

Hottinger hat unter 79 sicheren, durch Bazillennachweis und vielfach durch Operation besiegelten Tuberkulosen 47 Männer und 32 Frauen gesehen.

Nicolich hatte bei 30 Nephrektomien wegen Tuberkulose 13 Männer und 17 Frauen.

Suter fand in 78 Fällen Tuberkulose, davon waren 40 bei Männern und 38 bei Frauen.

Bei den Chirurgen und insbesondere den Urologen wird im allgemeinen das männliche Material überwiegen, wenn also vielfach ziemlich gleiche Ziffern gefunden werden, so könnte daraus tatsächlich auf eine größere Beteiligung des weiblichen Geschlechts geschlossen werden. Der sichere Beweis kann aber nur durch Vergleich großer Zahlenreihen erbracht werden, wenn auch von gynäkologischer Seite die Fälle mehr erkannt und beschrieben werden.

3. Was die relative Häufigkeit gegenüber der Genitaltuberkulose anlangt, so muß nach dem heutigen Stande angenommen werden, daß der Satz Amanns, daß der Harnapparat seltener als der Genitalapparat ergriffen wird, nicht mehr zu Recht besteht.

Seitdem wir die Harntuberkulosen besser zu diagnostizieren gelernt haben, hat sich das Verhältnis verschoben. Ich kann dies nicht zahlenmäßig angeben, doch stehen den häufigen

Digitized by Google

Fällen von Harntuberkulose der einzelnen Autoren die geringen kasuistischen Mitteilungen über Genitaltuberkulose gegenüber.

Eine vom weiblichen Genitaltraktus aus entstehende Tuberkulose des Harntraktus ist im höchsten Grade unwahrscheinlich; höchstens kommen Durchbrüche tuberkulöser Genitalabszesse in Betracht.

Aber auch eine Infektion des weiblichen Genitaltraktus von einem tuberkulosen Harnsystem aus ist wohl recht selten.

Bestehen beide Affektionen zu gleicher Zeit, so sind sie unabhängig voneinander und sind dann meist beide auf hämatogenem Wege von einem entfernten Primärherde aus entstanden.

Diagnostik.

Die Nierenblasentuberkulose ist eine Erkrankung, die sich durch die Vielgestaltigkeit der Erscheinungen auszeichnet und deshalb, worauf schon Tuffier hinweist, zu häufigen diagnostischen Irrtümern führt.

Der Praktiker ist häufig der Meinung, daß die Diagnose in erster Linie mit dem Tuberkelbazillennachweis gemacht wird. Dieses in der Praxis umständliche und durchaus nicht zuverlässige Verfahren kommt nur zur Sicherung der Diagnose in Betracht, wenn man auf Grund anderer Methoden schon die Wahrscheinlichkeitsdiagnose gemacht hat. Auch sagt uns der Bazillennachweis nichts über die Extensität und Intensität des Prozesses. Wir müssen eine topische Diagnostik treiben und da reicht der Bazillennachweis nicht aus und es treten noch andere Methoden, im besonderen die Zystoskopie, an die Stelle.

Je nach dem Stadium, in dem sich die Erkrankung befindet, ist die Diagnostik eine ganz verschiedene.

Wir müssen aus praktischen Gründen vier Stadien auseinanderhalten:

1. Stadium. Die Niere ist erkrankt, ohne daß der Prozeß die Nierenbecken erreicht.

Es werden hier nur palpatorische und subjektive Symptome zur Diagnose herangezogen werden können.

Digitized by Google

Im 2. Stadium, wo der Nierenherd mit den Harnwegen kommuniziert, kommen charakteristische, pathologische Veränderungen des Harnes in Betracht, insbesondere solche, die sich zystoskopisch und durch den Ureteren-Katheterismus nachweisen lassen.

Im 3. Stadium, in dem der Ureter befallen ist und leichte Veränderungen an seiner Mündung in der Blasenwand vorhanden sind, feiert die Zystoskopie ihren Haupttriumph bei der Diagnose Tuberkulosis vesicae.

Im 4. Stadium, wo die Blase in intensiver Weise erkrankt, Cystitis tuberkulosa, Schrumpfblase besteht und das Blasenbild weniger charakteristisch wird, tritt die Zystoskopie als diagnostisches Hilfsmittel wieder etwas zurück und die Harnuntersuchung hat den entscheidenden Anteil an der Diagnose.

Die Diagnose muß demnach zu den verschiedenen Zeiten auf verschiedene Weise gemacht werden.

Ganz falsch ist es, sich lediglich des allerdings sicher beweisenden Nachweises der Tuberkelbazillen bedienen zu wollen. Man muß auch ohne diesen nicht immer leicht zu erbringenden Nachweis die Diagnose aus anderen Symptomen bis zu einer gewissen Wahrscheinlichkeit stellen können, und erst die letzte sichere Bestätigung durch den immerhin etwas zeitraubenden Bazillennachweis resp. durch das Impfungsverfahren machen

Zu den ersten Symptomen, die den Verdacht einer Nierenerkrankung erregen, gehören Schmerzen verschiedenen Charakters und Sitzes.

Mitunter sind es flüchtige, von Zeit zu Zeit sich wiederholende Schmerzen, die nicht einmal immer in der betreffenden Nierengegend gefühlt werden.

In anderen Fällen besteht ein permanentes, lästiges Druckgefühl in der Nierengegend, hervorgerufen durch die Kapselspannung des entzündlich kongestionierten Organes. Gelegentlich kommt es zu Attacken heftiger Nierenschmerzen, die in den Ureter ausstrahlen und an Steinkoliken erinnern.

Als Ursache derselben muß man eine Verstopfung durch ein Blutgerinnsel oder einen Eiterpfropf annehmen. Nach

Digitized by Google

Kutner soll man bei jeder Nierenkolik auf Tuberkelbazillen untersuchen.

In einer großen Anzahl der Fälle aber bereitet das Nierenleiden zunächst keine örtlichen Schmerzen und es wird zuerst über Schmerzen und Beschwerden beim Urinlassen geklagt, über welche Symptome später ausführlicher gesprochen werden soll.

Charakteristisch ist diesen Schmerzen die Einseitigkeit. Sie erstrecken sich bis unten und werden mitunter an einer Seite der Harnröhre, Vagina und in einem Labium empfunden (Israel).

Größere Bedeutung hat die in manchen Fällen vorhandene Druckempfindlichkeit der Niere oder des Ureters.

Die Empfindlichkeit des letzteren wird vom Abdomen aus konstatiert, indem man in der Mitte zwischen der Linea alba und einer Senkrechten durch die Spina ilei sowohl unterhalb der Niere in der Höhe der Verbindungslinie der zehnten Rippenspitze als auch beim Eintritt des Ureters ins Becken, denselben gegen den Knochenring der Linea innominata an der Articulatio sacroiliaca andrängt. Auch von der Scheide oder vom Rektum aus läßt sich mitunter eine Schmerzhaftigkeit des Ureters nachweisen. In vielen Fällen ist auch eine Verdickung nachweisbar.

Dem palpatorischen Befund kommt aber bezüglich der Niere nicht die Bedeutung zu, die man früher annahm.

Eine Vergrößerung der Niere tritt nur bei hochgradigem oder vorgeschrittenem Prozeß ein, wenn die übrigen Symptome bereits viel manifester geworden sind.

In den meisten Fällen ist nur eine geringe, palpatorisch nicht nachweisbare Vergrößerung vorhanden, ja mitunter ist die tuberkulose Niere kleiner als die gesunde.

Bei Destruktion einer Niere kann gerade die gesunde Niere sich kompensatorisch vergrößern.

Verwertbar für die Diagnose ist höchstens das Fehlen der respiratorischen Bewegung der Niere durch Fixation durch perinephritische Prozesse.

Der Nachweis von Unebenheiten und ungleichmäßig

Digitized by Google

harten Partien deutet jedoch auf Affektion der Niere hin und kann für die Tuberkulosediagnose verwertet werden.

Ein sehr charakteristisches Merkmal für das Vorhandensein einer Tuberkulose ist eine palpatorisch nachweisbare Verdickung des Ureters. (Bazy.)

Gerade der Praktiker ist leicht in der Lage, diese in einem großen Teil der Fälle vorhandene, deutlich nachzuweisende Infiltration des Ureters zu fühlen. Man palpiert entweder vom Rektum oder der Vagina aus. Eine Verwechslung mit verdickten Tuben oder Ligamenten ist deshalb nicht gut möglich, da die Verlaufsrichtung des Ureters diese Organe kreuzt.

Man muß bimanuell tasten und dabei von rechts und links und umgekehrt gehen, auf diese Weise findet man den infiltrierten Ureter seitlich von der Blase am häufigsten.

Da der Ureter schon früh erkrankt, ohne daß die Blase ergriffen zu sein braucht, findet man oft diese für die Frühdiagnose wertvollen Zeichen.

Aber nicht jeder verdickte Ureter ist nach Fenwick unbedingt tuberkulös.

Bei Frauen findet man dies Zeichen häufiger wie bei Männern.

Bei ausschließlicher Erkrankung der Nieren in den frühesten Stadien 1 und 2 fehlt dies Symptom, in beginnenden Fällen ist es nicht immer charakteristisch.

Seitdem ich dem Rate Mirabeaus folgend darauf achtete, habe ich es in meinen Fällen öfter konstatieren können.

Ich glaube, daß man prinzipiell bei jeder gynäkologischen Untersuchung da, wo Schmerzen in der Nierengegend oder Miktionsstörungen bestehen oder wo man mangels anderen Befundes zu keiner Diagnose kommt, auf den Ureter achten soll. Die Ureterverdickung im Verein mit anderen Symptomen ist geradezu pathognomonisch, sie kommt sonst selten vor. Gar mancher Fall kann durch diese leicht vorzunehmende Untersuchung sofort mit großer Wahrscheinlichkeit als Nierentuberkulose erkannt werden. Zur völligen Sicherung ist natürlich noch die Urinuntersuchung heranzuziehen.

Von großer diagnostischer Bedeutung sind Störungen der

Digitized by Google

Funktion der Blase und zwar Dysurie, Tenesmen und Pollakurie*) besonders deshalb, da sie oft schon sehr frühzeitig auftreten, ohne daß eine erhebliche Beteiligung der Blase zu konstatieren wäre.

Die Miktionsbeschwerden bilden eines der markantesten Zeichen, das oft die erste Ursache abgibt, daß ein Arzt konsultiert wird. Da aber die objektiven Symptome recht häufig gleichzeitig noch wenig hervortreten, wird in vielen Fällen die Natur des Leidens nicht erkannt.

Ist der Urin frei von Eiter und Blut, wie dies im Initialstadium und auch im späteren Verlauf vorübergehend vorkommen kann, so wird die Störung der Harnentleerung oft auf ein gynäkologisches Leiden geschoben oder eine nervöse Ursache angenommen (Irritable bladder). Auch unter dem Bilde einer chronischen Cystitis colli mag wohl mancher Fall längere Zeit unbemerkt verlaufen. Solche latente Fälle sind viel häufiger als man glaubt, und nur eine genaue Harnuntersuchung sowie die Zystoskopie kann die Art der funktionellen Störung der Harnentleerung deuten.

Nach Israel hatten 60 % der nicht zu vorgeschrittenen Fälle, die er nephrektomieren konnte, Harnbeschwerden; die vorgeschritteneren Fälle mit stärkerer Blasenbeteiligung zeigen dieses Symptom wohl zumeist.

In 40 % der beginnenden Fälle fehlen Miktionsbeschwerden, dann wird die Erkennung noch mehr erschwert.

Der Harndrang ist vermehrt, ähnlich wie bei gewöhnlicher Zystitis, besonders nachts kann derselbe recht quälend werden. Vor allem der Schluß der Miktion ist recht schmerzhaft. Das Brennen hält oft länger in der Urethra vor, auch sind die Schmerzen mitunter nach einer Nierengegend ausstrahlend.

Nun steht die Heftigkeit dieser Beschwerden durchaus nicht in einem geraden Verhältnis zur Intensität und Extensität der Blasenaffektion, wie man sich zystoskopisch leicht überzeugen kann.

Bei hochgradiger Cystitis tuberkulosa, besonders wenn Schrumpfblase vorhanden ist, sind sie allerdings am ausge-

*) Pollakurie, häufiger Drang zum Wasserlassen.

Digitized by Google

sprochensten (Cystitis dolorosa, Cystitis ulcerosa). Solche oft akut verlaufende, oft aber auch recht chronische Fälle, bei denen die ganze Blase mit Tuberkeln und Geschwüren besetzt ist, zeichnen sich durch große Intoleranz gegen Blasenfüllung aus und beantworten einen zystoskopischen Versuch mit heftigen Krämpfen und einer Verschlimmerung des Zustandes.

Weniger verständlich ist es, weshalb Fälle mit nur geringer Affektion der Blasenschleimhaut oder solche, bei denen lediglich geringe Veränderungen am Ureterostium der kranken Seite vorhanden sind, so erhebliche Störungen der Harnentleerung zeigen.

Ein Hauptgrund hierfür liegt meiner Meinung nach in der der Blaseninfektion vorausgehenden Uretererkrankung. Wenn noch kaum Veränderungen in der Blase zystoskopisch zu sehen sind, besteht bereits eine Infiltration des Ureters, eine Periureteritis.

Es kann auch zu paraureteraner Schwielenbildung kommen; dadurch wird der Blasenboden sowie die seitliche und hintere Wand fixiert. Bei Entleerung der Blase findet eine Zerrung am Ureter statt. Bekanntlich faßt auch Fenwick gewisse Veränderungen am Ureterostium als Retraktion des Ostiums nach hinten auf. Der Ureter ist in seiner Längsrichtung verkürzt, das Lumen verengt.

Nach Exstirpation der Niere und eines Stückes des Ureters fällt dann dieser Zug weg und die Blasenschmerzen hören mitunter mit dem Eingriffe momentan auf, was doch für deren mechanische Entstehung in manchen Fällen spricht.

Für die Mehrzahl der Fälle, in denen Miktionsstörungen ohne spezifische Erkrankung der Blase bestehen, wird wohl die Israelsche Annahme zu Recht bestehen, daß es sich um eine nervöse Irritation von seiten der kranken Niere handelt. Es handelt sich um eine Reflexwirkung, die sofort nach Eliminierung der kranken Niere aufhört.

Daß Veränderungen auch leichtester Art, sobald sie das Trigonum oder den Blasenhals betreffen, bei Frauen zu Harnstörungen führen, ist durch Bierhoffs und meine Untersuchungen festgestellt, und von namhaften Forschern, wie Stöckel, Zangenmeister u. a. bestätigt worden.

Digitized by Google

Das gilt auch für die oft nur ganz geringfügigen initialen tuberkulösen Veränderungen der Blasenmukosa, die mitunter nur in zirkumskripter entzündlicher Schwellung und wenig ausgebreiteten Granulationen am Ureterostium und am Trigonum bestehen.

Weit erheblichere Veränderungen im Vertex vesicae würden viel geringere Beschwerden verursachen.

In dritter Linie ist auch pathologische Beschaffenheit des Harnes sowie die Polyurie in manchen Fällen für die Schmerzhaftigkeit der Harnentleerung verantwortlich zu machen.

Daß halbseitige Schmerzen in der Blase und deren Umgebung besonders verdächtig erscheinen, wurde bereits gesagt.

Auf ein allerdings weniger häufiges Vorkommnis, das auf tuberkulosen Nierenaffekt deutet, wäre noch hinzuweisen, nämlich auf „ganz plötzlich auftretende heftigste Blasentenesmen mit permanentem, höchst schmerzhaftem Harndrang und tropfenweiser Entleerung eines wasserhellen Harnes".

Solche oft mit Schüttelfrost und Schweißausbruch ebenso plötzlich einsetzende wie rasch verschwindende Anfälle hält Israel für sichere Zeichen einer Nieren- resp. Uretertuberkulose.

Nach Israel sind allerdings ein Teil der funktionellen Störungen der Blase auf renale Reize zurückzuführen, da sie schnell nach Entfernung der kranken Niere sistieren.

Zum teil lassen sich aber meiner Meinung nach diese Blasenschmerzen auch mechanisch durch die Periureteritis erklären, indem durch dieselbe eine Fixation der Blasenwand und bei der Entleerung ein Zug auf dieselbe entsteht. Die Zerrung macht das Bild einer Retraktion im zystoskopischen Bild. Sie wirkt ähnlich wie eine perimetritische Adhäsion. Daß die Blase einen steten Zug auf die Ureteren ausübt, wissen wir längst; darauf beruht ja die sehr interessante Hypothese Geßners über die Entstehung der Eklampsie. Es ist klar, daß auch ein verkürzter Ureter auf die Blase ziehend einwirken muß.

Die wichtigsten objektiven Zeichen liefert der Urin.

Schon früh, wenn das Parenchym tuberkulöse Herde aufweist,

Digitized by Google

bevor noch das Nierenbecken befallen ist, zeigt sich Polyurie und mäßige Albuminurie; sobald aber Krankheitsprodukte wie käsiger Eiter, nekrotisches Gewebe, Bazillen in die Harnwege gelangen können, kommen markantere Befunde hinzu und wird die Diagnostik eine sichere.

Der Urin zeigt auch in vorgeschritteneren Fällen durchaus nicht immer eine sehr trübe Beschaffenheit.

So lange nicht die Blase erkrankt oder eitrige Pyelitis eintritt, ist er oft nur wenig getrübt, zeigt eine mehr grünlich gelbe Farbe mit weißen Flocken versetzt und wenig Bodensatz. Die Reaktion ist sauer; nur wenn späterhin eine Mischinfektion mit harnstoffzersetzenden Mikroben hinzutritt, kann neutrale oder alkalische Reaktion infolge ammoniakalischer Zersetzung des Urins auftreten.

Zu den ersten prämonitorischen Zeichen einer beginnenden Nierentuberkulose gehört eine Polyurie, wobei klarer, mitunter leicht eiweißhaltiger Urin entleert wird als die Folge sekundärer toxischer nephritischer Prozesse, Amyloid etc.

Wie Hottinger mit Recht betont, hat diese Erscheinung meist keine praktische Bedeutung, dieselbe wird nur retrospektiv erkannt, wenn markantere Symptome bemerkt werden.

Man muß wünschen, daß dieses Frühsymptom mehr beachtet würde. Ich glaube, daß diese ersten Veränderungen des Urins noch an Deutlichkeit gewinnen würden, wenn der Vergleich beider Nierenharne mittels des Ureterenkatheterismus gemacht würde, da der Prozeß fast stets einseitig auftritt. Durch die Polyurie kann die Harnmenge fast das doppelte Quantum des gewöhnlichen Harnquantums erreichen.

Der Eiweißgehalt kann sehr gering sein, Zylinder können völlig fehlen.

Es ist deshalb falsch, erst bei Vorhandensein letzterer auf eine tuberkulose Affektion der Niere zu schließen.

Da die toxische Wirkung sich auch auf die gesunde Niere erstreckt, kann auch diese Eiweiß liefern. Die Polyurie kommt nur in einem Teil der Fälle vor.

Hottinger ist der Meinung, daß sie in den Fällen auftritt, bei denen der größte Teil des Markes zerstört ist, während die Glolmerulusschicht erhalten ist. Durch den Ausfall

Digitized by Google

der Region der Kanälchen würde das von den Glomeruli ausgeschiedene Wasser weniger absorbiert werden.

Neuerdings hat Colombino (Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose de l'appareil urinaire. Annales des malad. des organ. génito-urin. Vol. I, Nr. 2) auf eigentümliche Veränderungen der Leukozyten im Sediment bei Tuberkulose des Harntraktus hingewiesen, die pathognomonisch wären. Während bei allen anderen Erkrankungen der Harnwege die Leukozyten eine normale Form, reguläre Konturen und die bekannten tinktoriellen Eigenschaften haben, zeigen sie bei Tuberkulose folgende Form: sie sind unregelmäßig, länglich, polygonal, mitunter gezackt; an manchen Stellen überschreitet das Protoplasma die Zellgrenze, als wenn die Membran geplatzt sei. Wenn noch rote Blutkörperchen vorhanden sind, so soll die Diagnose Tuberkulose sicher sein. Man soll dies bereits am ungefärbten Präparat sehen können, besonders gut soll man aber diese Veränderung am gefärbten Präparat sehen. Das Verfahren ist hierbei folgendes:

Fixation mit Alc. absol. Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, Orange, Ehrlichs Triacid etc.

Die Ursachen dieser Veränderung sollen nach Colombino tuberkulöse Toxine sein. Ob diese Beobachtung richtig ist, werden weitere Nachprüfungen ergeben.

Ein häufiges Symptom ist Hämaturie, allerdings meist leichteren Grades, wie man gleich hinzusetzen muß.

Es kommen ja gelegentlich auch sehr heftige, sogar das Leben bedrohende Blutungen vor, besonders wenn ein Gefäß einer Nierenpapille arrodiert wird, doch sind diese Vorkommnisse im allgemeinen selten. Meist handelt es sich nur um geringe Blutbeimengungen, die den Harn zeitweise etwas rötlich färben.

Blutungen treten im Verlauf der meisten Fälle nur ab und zu auf und sind dann häufiger im initialen Stadium.

Nach Dupuy soll in 40 % aller Fälle Blutung auftreten.

Hämaturie im mikroskopischen Sinne ist wohl bei allen

Digitized by Google

Harntuberkulosen vorhanden; man findet fast stets im Sedimente rote Blutkörperchen. (Casper.)

Diese Blutungen unterscheiden sich von denen bei Nephrolithiasis dadurch, daß sie ohne Kolik, ohne mechanische Läsion, stärkere Bewegungen etc., ganz ohne äußere Veranlassung auftreten, und daß keine Konkremente im Harne sind.

In meinen Fällen trat nur bei zwei Patientinnen gelegentlich etwas Blutbeimengung auf; auch Stöckel hat Blutungen nicht oft gesehen.

Diagnostischen Wert hat dieses Symptom besonders im initialen Stadium.

Eine der wichtigsten Veränderungen des Harnes ist seine Trübung durch Eiter. Der Eitergehalt hängt in erster Linie von der Beschaffenheit der Niere ab. Es kann also, ohne daß erhebliche Beschwerden bei der Miktion vorhanden sind, weil eben die Blase noch nicht affiziert ist, bereits ein beträchtlicher Eitergehalt vorhanden sein. In anderen Fällen ist trotz heftigster Beschwerden nur geringe Pyurie zu konstatieren.

Es treten mitunter Schwankungen im Eitergehalt auf, wenn es nämlich zu vorübergehenden Unterbrechungen des Eiterabflusses kommt — intermittierende Pyonephrose. Es kommt dann vor, daß der Urin plötzlich klar wird, da nur der Urin der gesunden Seite abläuft, während es auf der kranken Seite zu Retention kommt. Mit der scheinbaren Besserung des Harnes geht dann eine lokale Verschlimmerung in der Nierengegend einher. In einem Falle konnte ich mittels des Ureterkatheters eine größere Eiteransammlung entfernen, worauf die Beschwerden vorübergehend nachließen. Als therapeutisches Verfahren ist dies jedoch nicht zu empfehlen.

Besonders verdächtig ist eine stärkere Pyurie ohne zystitische Symptome.

Auch der zystoskopische Nachweis, daß es sich um eine renale Pyurie handelt, ist sehr wertvoll.

Findet man im Sedimentpräparat außer den Leukozyten bei gewöhnlicher Bazillenfärbung keine Bakterien, so spricht dies dafür, daß es sich um Tuberkulose handelt.

Digitized by Google

Allerdings kommen auch Sekundärinfektionen bei Tuberkulose vor, so daß obige Tatsache nur bei regulärem Befunde verwertet werden kann.

Am sichersten wird der Nachweis, daß es sich um Tuberkulose handelt, durch den Befund von Tuberkelbazillen im Sedimentpräparat gebracht. Hat man auf Grund der anderen Symptome, insbesondere des zystoskopischen Befundes, die Diagnose Tuberkulose gemacht, so wird sie durch den Bazillennachweis zu einer absolut sicheren.

Da mit der Diagnose Tuberkulose fast stets die wichtige Frage einer Operation auftritt, ist dieser geradezu dokumentarische Nachweis auch im Interesse des Arztes, der die Verantwortung übernimmt, notwendig und muß derselbe, falls er nicht gelingt, durch den Impfversuch oder die Tuberkulinprüfung ersetzt werden.

So sicher der Nachweis unzweifelhafter Tuberkelbazillen ist, so wenig beweist ein negativer Befund, daß es sich nicht darum handle. Sie sind oft nur spärlich im Urin, können zeitweise fehlen, so daß man sie auch bei wiederholten Untersuchungen nicht immer gleich findet.

Die früheren Angaben in den Lehrbüchern, daß man sie nur in 30 bis 50% der Fälle finden könne, sind, wie die neueren Ergebnisse dartun, nicht als richtig anzusehen. von Frisch und Kümmell haben in letzter Zeit bei allen ihren Fällen Tuberkelbazillen nachweisen können; geschlossene Nierenherde ausgenommen.

Hottinger fand sie in 52 Fällen 42 mal bei der ersten Untersuchung, bei 6 war erst die zweite positiv, nur bei 4 gelang sie nicht und erst die Tierimpfung erbrachte den sicheren Beweis.

Also in ca. 90 % wurden Bazillen gefunden, was den Angaben Caspers, der sie neuerdings in 80 % (gegen 50 % früher) nachweisen konnte, entspricht. In meinen letzten Fällen habe ich Tuberkelbazillen stets, allerdings mitunter erst nach mehrfachen Versuchen, finden können.

Seitdem man weiß, daß man sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nachweisen kann, findet man sie auch,

Digitized by Google

während man früher mit weniger Zuversicht an diese Probe heranging. Das ziemlich lästige und zeitraubende Bazillensuchen mag gar oft vorzeitig eingestellt worden sein, da man sich sagen konnte, man findet sie ja doch meistens nicht, besonders dürfte dies dann der Fall gewesen sein, wenn eine zweite an dem Falle weniger interessierte Person die Bazillenfärbung vornahm.

Wegen der Spärlichkeit des Vorkommens der Bazillen muß man, sobald die erste Untersuchung negativ ausfällt, eine größere Harnmenge verarbeiten, indem man das Sediment eines Tagesquantums längere Zeit zentrifugiert.

Sehr bewährt hat sich das Kirstein-Biedertsche Einengungsverfahren, das darin besteht, daß man den Filterrückstand mit dem Rücken eines Messers abstreift und auf einem Deckglas verreibt. Oder man löst denselben mit Kalilauge, setzt Wasser hinzu und zentrifugiert alsdann.

Hat man mit einer der üblichen Färbemethoden rote Stäbchen gefunden, so beginnt eine neue Schwierigkeit, nämlich die Differentialdiagnose gegenüber den Smegmabazillen. In den meisten Fällen kann man aber wohl eine Unterscheidung machen.

Die Tuberkelbazillen sind schlanker, leicht gekrümmt, an den Ecken mitunter aufgefasert. Ihre Farbe ist hellrot. Sie liegen meist in Nestern zu Gruppen vereint und andere Bakterien fehlen meistens.

Die Smegmabazillen sind plumper, mehr blaurot, über das ganze Präparat verteilt. Sie sollen weniger resistent gegen Alkoholentfärbung sein, doch hat sich dies nicht als sicheres Kriterium erwiesen.

Verunreinigung mit Smegmabazillen vermeidet man durch skrupulöse Reinigung des Urethralwulstes und Katheterisation der Blase.

Mit großer Sicherheit kann man dieselben ausschließen, wenn man den Katheterismus des tuberkulösen Ureters vornimmt.

Schließlich wäre noch zu erwähnen, daß bei Phthisikern im Harne mitunter Tuberkelbazillen als gelegentliche Passanten

Digitized by Google

gefunden werden, ohne daß es sich um einen tuberkulosen Herd in Niere, Ureter oder Blase handelt.

Man sieht aus dem Gesagten, daß der Bazillennachweis seinen Wert erst in Verbindung mit den anderen Symptomen erhält und daß man ihn zweckmäßigerweise erst dann vornimmt, wenn man bereits eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose aus den anderen leichter und rascher zu erhebenden Befunden gemacht hat.

Der Nachweis der Tuberkelbazillen ist aber auch durchaus nicht unbedingt nötig zur Sicherung der Diagnose, ebensowenig als er es für die Diagnose einer Lungentuberkulose oder eines Lupus ist. Auch eine Gelenktuberkulose wird ohne den Bazillennachweis als solche diagnostiziert.

Man hat ja noch andere sichere Anzeichen, insbesondere ist in der Mehrzahl der Fälle der zystoskopische Befund ausschlaggebend.

Gelingt der Bazillennachweis nicht, so kann man mittels des kulturellen Verfahrens die Ätiologie ergründen, indem man den eitrigen Harn auf Glyzerinagar oder Glyzerinbouillon impft. Auf einfacher Agar gehen wohl Smegma-, aber nicht die Tuberkelbazillen an, wodurch eine Differenzierung möglich ist.

Von 78 tuberkulösen Fällen Suters hatten 70 einen sterilen Harn, bei 8 wuchsen auf dem Nährboden Mikroorganismen, die neben den Tuberkelbazillen sich im Harne befanden. Es sind dies sekundär infizierte Tuberkulosen, davon waren 8 urethrogen durch Instrumente verursacht.

Steriler Eiter, der aus der Niere stammt, rührt stets von Tuberkulose her; dieser Satz ist so sicher, daß man den Nachweis der Tuberkelbazillen fast entbehren könnte. (Suter.)

Der Urin enthält in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose der Harnorgane neben den Tuberkelbazillen keine anderen Bakterien, ist also auf gewöhnlichem Nährboden steril.

Die praktische Bedeutung dieser Tatsache ist die, daß man

Digitized by Google

in den Fällen, wo der Bazillennachweis nicht gelingt, direkt auf diesen Befund hin die Tuberkulose diagnostiziert.

Suters Ansicht, die mit der Rovsings und Melchiors übereinstimmt, steht allerdings in starkem Widerspruch mit den Erfahrungen der französischen Autoren: Hallé, Albarran und Pousson.

Albarran sah bei längerem Bestande der Tuberkulose fast stets eine Sekundäraffektion.

Pousson sah unter 32 Fällen 12 mit sekundärer Infektion, die er abweichend von der heute wohl allgemein angenommenen Anschauung als aszendierende ureterogene Tuberkulose ansieht.

Ob dieser auffällige hohe Prozentsatz von Fällen mit Mischinfektion auf zufällig größere Häufigkeit von solchen Fällen zurückzuführen ist, die von Ärzten vorher instrumentell untersucht oder behandelt wurden, oder ob sie durch eine bakteriologisch nicht einwandsfreie Urinentnahme bei der Verunreinigung mit banalen Keimen zu erklären ist, wie Suter meint, läßt sich schwer entscheiden.

Suter hat lediglich auf diesen Befund hin (eiterhaltiger steriler Harn, der aus einer Niere stammt) die Nephrektomie ausgeführt und zwar in fünf Fällen, und die Annahme einer Tuberkulose durch die Operation bestätigt gefunden.

Dies gilt aber nur für die Niere, nicht für die Blase. Hier ist Verwechslung mit gonorrhoischer Zystitis möglich, da der kulturelle Nachweis von Gonokokken auf ähnliche Schwierigkeiten stößt, wie der der Kochschen Bazillen.

Wenn der mikroskopische Nachweis sowie das kulturelle Verfahren im Stiche lassen oder ein nicht ganz zweifelloses Resultat ergeben, muß man zum Tierexperiment greifen.

Entweder macht man eine intraperitoneale Injektion beim Meerschweinchen oder man verimpft verdächtiges Material in die vordere Augenkammer des Kaninchens.

Das erstere Verfahren ist einfacher und sicherer.

Man verwendet zweckmäßig zwei Meerschweinchen, die man vorher mittels Tuberkulininjektion darauf untersucht, ob sie völlig gesund und tuberkulosefrei sind. Bei Injektion von 0,5

Digitized by Google

Tuberkulin geht ein krankes Tier bald zugrunde, während das gesunde am Leben bleibt.

Man macht nun eine Aufschwemmung des Sedimentes in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung und injiziert ca. 5 ccm einem Meerschweinchen intraperitoneal, ohne den Darm zu verletzen, nach gründlicher Desinfektion der Bauchhaut.

Nach ein bis zwei Monaten kann die Sektion ausgeführt werden, bei der im positiven Falle Knötchen auf dem Peritoneum, in den Drüsen und in der Lunge gefunden werden. Ein negativer Ausfall des Experimentes entscheidet die Frage nach der Ätiologie nicht, nur ein positives Ergebnis ist beweisend.

Das Verfahren dauert übrigens so lange, daß die Chancen für die Frühoperation dadurch verschlechtert werden. Wer kann so lange warten? Es ist deshalb das Verfahren von Bloch zu empfehlen, der 1 ccm Aufschwemmung des Sedimentes in eine Leistendrüse injiziert und hierauf eine Quetschung derselben mit den Fingern vornimmt. Durch diese Vereinigung von Impfung mit Trauma entsteht eine schwerere Erkrankung (Orth) und erzielte er einen rascheren Verlauf.

Das Impfverfahren ist in Kliniken leicht auszuführen, für den Praktiker ist es umständlich und meistens unnötig, da die Diagnose auch auf andere Weise gesichert wird.

Eine andere spezifische Untersuchungsmethode auf Tuberkulose ist für den Praktiker bequemer, allerdings ist auch sie, wie ich gleich anfangs betonen möchte, nicht absolut sicher, wenn sie auch sehr beweiskräftig ist. Es ist dies die probatorische Tuberkulininjektion.

Wer sich darüber genauer informieren will, der lese Roth-Schulz: Über den diagnostischen Wert des alten Kochschen Tuberkulins. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. VI, H. 2, 1906.)

Die positive Reaktion auf Tuberkulininjektion ist zwar nicht absolut beweisend, weist aber mit gewisser Wahrscheinlichkeit auf das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes hin. Besonders kommt einem höheren Grad von Tuberkulinempfindlichkeit (positive Reaktion auf kleinste Dosen) größere Beweis-

Digitized by Google

kraft zu. Man verwende deshalb kleinste Dosen; bei wiederholter Anwendung kleiner unerheblicher Dosen erzielt man dieselbe Anzahl positiver Reaktionen als mit der ursprünglichen Kochschen Dosierung. Es ist dies eine Folge der „kumulativen" Wirkung des Tuberkulins.

Während Birnbaum bei hundert Fällen von Tuberkulose überhaupt (auch Genitaltuberkulose) die Tuberkulinprobe fast stets verlässig fand bis auf einen Fall, hat Pankow häufig Enttäuschungen mit derselben erlebt und zwar in 27% seiner Fälle.

Um ganz sicher zu gehen, hat Pankow zur Beurteilung des diagnostischen Wertes nur solche Fälle (22) gewählt, bei denen durch die histologische Untersuchung die Diagnose exakt nachgeprüft werden konnte.

Nur in 16 Fällen (darunter zwei Nierenfälle) stimmten Reaktions- und histologische Diagnose überein. In 6 Fällen bestätigte die pathologisch-anatomische Untersuchung die auf Grund der Tuberkulininjektion gestellte Diagnose nicht. Dreimal wurde bei ausgesprochen lokaler Reaktion und starker Fieberreaktion die Diagnose auf Tuberkulose nicht bestätigt, während sich dreimal bei Fehlen jeder lokalen Reaktion bei der Operation eine sehr ausgedehnte Tuberkulose fand.

Besonders empfindlich reagieren geschlossene initiale Fälle.

Bei älteren sowie mehr torpiden Personen tritt die Reaktion gewöhnlich erst bei höheren Dosen, 0,006, ja erst bei 0,01 ein und verläuft meist mit geringerer Intensität.

Zur Feststellung der Reaktion ist eine zuverlässige, mindestens dreistündige Temperaturmessung nötig.

Eine Verschleppung der Tuberkulose hat Birnbaum nicht gesehen; er glaubt, daß man die Tuberkulingefahren entweder übertrieben oder falsch gedeutet habe, oder schiebt sie auf eine unsachgemäße Anwendung des Mittels.

Meine Erfahrungen an einem chirurgischen Material aus der ersten Zeit des Tuberkulin-Enthusiasmus machen mich skeptisch. So harmlos, wie viele neuerdings angeben, ist eine Tuberkulininjektion nicht.

Bei schlechtem Allgemeinzustand, bei Hämaturie und anderen Komplikationen unterläßt man besser die probatorische Tuberkulininjektion.

Digitized by Google

Diese Tatsachen beweisen, daß man an die diagnostische Tuberkulininjektion nicht zu hohe Erwartungen knüpfen kann. Eine absolut sichere und zuverlässige Methode ist auch sie nicht, und nur im Verein mit anderen Zeichen ist sie imstande, die Diagnose zu sichern.

Inwieweit die Calmettesche Reaktion sowie die perkutane Verwendung des Tuberkulins sich als brauchbar erweist, werden erst weitere Versuche ergeben.

Das wertvollste diagnostische Mittel ist jedoch das Zystoskop, das uns nicht nur mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose Tuberkulose überhaupt gestattet, sondern auch gleich die so wichtige Frage, welche Niere beteiligt ist, entscheidet. Auch können wir uns über die Ausbreitung des Prozesses in kurzer Zeit sehr genau informieren.

Der Wert der Zystoskopie liegt auch darin, daß nur sie uns eine Anzahl von anderen differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Blasenerkrankungen auszuscheiden gestattet.

Wenn auch die Extensität und Intensität der vesikalen Veränderungen keinen sicheren Schluß auf die Dauer und den Grad des in den Nieren und im Ureter bestehenden Prozesses ziehen lassen, so sind sie doch in vielen Fällen äußerst charakteristisch für die Diagnose der Tuberkulose überhaupt sowie für den Sitz der Erkrankung.

Auch ein negativer Blasenbefund ist mitunter entscheidend.

Besteht z. B. Pyurie, ohne daß Bakterien sich bei gewöhnlichen Deckglaspräparatuntersuchungen nachweisen lassen, so könnte es sich um gonorrhoische Zystitis handeln. Findet man die Blase frei, so muß es sich um renale Pyurie handeln, also um einen deszendierenden Prozeß, und jetzt erst gewinnt der Rovsing-Sutersche Satz so recht an praktischer Bedeutung.

Es war, wie Israel betont, bei Fällen von starker Vergrößerung der Nieren die Blase frei, während bei kleinerer Niere mit nur kirschkerngroßem Herd bereits die Blase in der Umgebung des Ureters erkrankt war. Israel zog hieraus die praktische Folgerung, daß man sich weder durch die Kleinheit

Digitized by Google

der Niere noch durch die Kürze des Bestehens der Krankheitssymptome von einem sonst wünschenswerten chirurgischen Eingriff abhalten lassen soll.

Besonders bei Frauen ist die Zystoskopie fast stets ausführbar, wenn man von den vorgeschrittenen Fällen schwerer Zystitis tuberkulosa und Schrumpfblase absieht, die gegenüber den initialen Fällen prozentuarisch immer mehr zurücktreten, seitdem die Frühdiagnose mehr gepflegt wird, und durch Ausführung der Nephrektomie die Entwicklung schwerer Blaseninfektion verhüten wird.

Derlei hochgradige Fälle, bei denen nur geringe Mengen Flüssigkeiten in die Blase gebracht werden können, so daß nicht zystoskopiert werden kann, sind selten. Meist genügen schon 70 bis 80 ccm, um eine rasche Betrachtung der Blase zu gestatten. Selbst eine kurzdauernde Verschlimmerung der Beschwerden muß da in den Kauf genommen werden, wo man die wichtige Diagnose stellen muß.

Das alte Vorurteil gegen eine zystoskopische Untersuchung bei Tuberkulose ist überwunden und ich schließe mich der Ansicht Stöckels, der sie für die sicherste Methode hält, völlig an. Ich habe bei den meisten meiner Fälle die Diagnose zunächst auf zystoskopischem Wege gemacht und sie dann durch den Bazillennachweis oder das Tierexperiment bestätigt.

Wenn tatsächlich die zystoskopische Untersuchung in der Praxis vielfach nicht zur Diagnose führt, so liegt das nicht an der Methode, sondern daran, daß fast durchweg, wie ich mich überzeugen konnte, bei den Gynäkologen falsche Ansichten über das zystoskopische Bild bestehen, hervorgerufen durch nicht den Tatsachen entsprechende Angaben bei manchen Autoren.

Dazu kommt, daß auch bei vielen Urologen der spezifische Wert der bei Tuberkulose gefundenen Blasenbefunde nicht genügend erkannt wird.

Ich stimme darin Hottinger bei, daß die Veränderungen in der Blase meist recht charakteristisch sind und zur Diagnose Tuberkulose uns drängen. Absolute Beweiskraft wohnt ja auch ihnen mit Ausnahme sicher konstatierter Tuberkelknötchen

Digitized by Google

nicht inne. Das haben sie aber mit anderen Zeichen gemein. Auch der Bazillennachweis kann bezweifelt werden und selbst der positive Ausfall des Tierexperimentes.

Vielfach herrscht die Meinung, daß die zystoskopische Diagnose hauptsächlich durch die Konstatierung von Tuberkelknötchen gemacht wird. Diese Auffassung ist eine zu theoretische, die den realen Tatsachen meiner Meinung nach und nach der Ansicht verschiedener Autoren nicht entspricht.

Besonders von seiten einzelner gebräuchlicher zystoskopischer Lehrbücher wird die Häufigkeit von Tuberkelknötchen betont, wodurch, wie ich glaube, unrichtige Begriffe beim Lernenden über das Bild der Tuberkulose erzeugt werden, die das Erkennen dieser Erkrankung dann erschweren.

Im Gegensatz hierzu steht die Ansicht Caspers; er schreibt in seinem Handbuch der Zystoskopie, II. Aufl. 1905:

„Es gelingt nur selten, Tuberkelknötchen in der Blase sicher als solche anzusprechen; wohl sind in einer ziemlichen Reihe von Fällen Gebilde vorhanden, die dem ähnlich sehen und so gedeutet werden könnten, aber man kann nicht sagen, daß diese mit Sicherheit als Tuberkelknötchen angesehen werden müssen. So viel ist sicher, daß vielfach andere Gebilde als Tuberkelknötchen angesprochen worden sind, denn wenn dieselben so häufig zu sehen wären wie behauptet wird, so müßte man bei der großen Zahl von Blasentuberkulosefällen, die beobachtet werden, öfter auf solche stoßen. In vielen Fällen waren kleine runde Knötchen sichtbar, die dem Ungeübten oder schnell Urteilenden wohl den Eindruck von miliaren Tuberkelknötchen machten. Wenn man aber genau zusah, besonders wenn man mit dem Prisma recht nahe an sie heranging, dann lösten sie sich als feine, aus Sekret bestehende Bröckelchen auf, die der Blasenwand adhärent waren."

Nach meinen Erfahrungen (Privatpraxis), die sich auf neun sichere Fälle und drei wahrscheinliche Fälle (bei denen der Bazillennachweis nicht gelang) beziehen, habe ich nur zweimal sichere Tuberkelknötchen gesehen und hier waren sie nur bei je einer Zystoskopie zu konstatieren. Bei einer späteren

Digitized by Google

Untersuchung waren sie nicht mehr zu sehen, während die typischen Veränderungen am Ureterostium recht deutlich waren.

Auch Hottinger, der eine größere Zahl von Fällen zystoskopisch untersucht hat (58), ist derselben Ansicht; er nennt die Tuberkelknötchen: nicht gerade häufig. Auch sind sie nach seiner Meinung nicht immer leicht mit Sicherheit als solche zu erkennen.

Dem entsprechen auch die Erfahrungen Suters (Zeitschrift für Urologie, Bd. I, H. 2). Derselbe hat 78 Fälle von Tuberkulose tabellarisch aufgeführt, davon wurden 68 zystoskopiert. Bei keinem dieser Fälle wurden Tuberkelknötchen gefunden.

Daß man Tuberkel weniger oft, als man für gewöhnlich annimmt, sieht, hat wohl auch darin seinen Grund, daß sie raschen Veränderungen unterliegen, sie können, wie Stöckel betont, ausheilen. In den beiden Fällen, in denen ich ganz sichere miliare Knötchen sah, konnte ich sie nach einigen Tagen nicht mehr nachweisen.

Häufig entstehen auch Ulzera aus denselben.

Das zystoskopische Bild des Tuberkelknötchens ist ein so typisches, daß man sie von anderen Gebilden, wie follikulären und granulären Knötchen, kleinen Ödembläschen, meist sicher unterscheiden kann.

Das Tuberkelknötchen stellt eine Einlagerung in das Gewebe dar und zeigt eine schärfere Umgrenzung als ein entzündliches Knötchen. Sie sind kreisrund, nur klein, zirka stecknadelkopfgroß und kleiner, erheben sich nur wenig über das Niveau, haben eine grau-rötliche oder eine schmutzig-gelbweiße Farbe und sind meist von einem roten entzündeten Hof umgeben. Sie stehen gruppenweise, oft in der Gablung der Gefäße.

Entsprechend dem deszendierenden Charakter des Prozesses sind sie in der Nähe des Ureters und auf dem Trigonum am häufigsten anzutreffen.

Exulzerieren sie, so entstehen multiple kleine Geschwüre, die eine gleiche Form und Anordnung zeigen.

Am deutlichsten sieht man diese Bilder, wenn die Blase

Digitized by Google

im übrigen noch gesund ist. Ist eine allgemeine Zystitis vorhanden, meist durch Mischinfektion hervorgerufen, so heben sich diese pathologischen Bilder von der geschwollenen und dunkelroten Blasenschleimhaut nicht genügend ab.

Da man nun die so typischen Tuberkelknötchen nicht so oft sieht, ist man auf die übrigen zystoskopischen Veränderungen angewiesen, die in ihrer gesamten Anordnung doch sehr viel Pathognomonisches für Tuberkulose haben, wenn auch jede einzelne Veränderung für sich nichts absolut beweisendes hat.

Typisch für Tuberkulose ist es vor allem, wenn die pathologischen Veränderungen im Blasenbild von einem Ureter ausgehen, daselbst am stärksten sind, und wenn das Trigonum und besonders nur eine Seite befallen ist.

Auch sehr suspekt ist es, wenn außer diesem Befunde und den gleich zu besprechenden Veränderungen des Ureterostiums noch eine träge Aktion des Ureters sowie die Entleerung trüben eiter- oder bluthaltigen Harnes besteht.

Die Konstatierung der trägen Ureteraktion ist nicht immer leicht, außer man wendet die Chromozystoskopie an.

Sind derartige Veränderungen bei der Zystoskopie wahrnehmbar, dann weiß man, daß man es mit einem deszendierenden eitrigen Prozesse zu tun hat, und damit ist die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit zu stellen.

Bei ausgedehnter hochgradiger Zystitis läßt sich allerdings nicht mehr feststellen, ob die komplizierende renale Pyurie eine primäre oder eine sekundäre ist, aber dann sind wohl häufig Veränderungen am Ureter vorhanden, die auf Tuberkulose deuten, sowie die anderen Zeichen, wie palpabler Ureter und spezifisch pathologische Harnbeimengungen.

Wenn die Tuberkulose das Ureterostium selbst befällt, so werden die Veränderungen meist recht charakteristisch und sind für Tuberkulose pathognomonisch. Es sind dies:

1. Kraterförmige Erweiterung des Ureterostiums (Casper, Stöckel).

2. Retraktion der Uretergegend, trichterförmige Einziehung nach hinten (Fenwick).

Digitized by Google

3. Ulzerierte oder narbig eingezogene, eingekerbte Ränder, wodurch die Ureteröffnung polygonal erscheint.

4. Oedema bullosum oder papilläre Veränderungen um dieselbe, Granulome und Papillome (Hottinger).

Diese Veränderungen des Ureters halte ich für außerordentlich typisch, ich selbst habe sie mehrfach in meinen Fällen beobachtet.

Eine retrahierte Ureteröffnung deutet immer auf einen verdickten, verkürzten Harnleiter bei tuberkulöser Niere.

Dieses Symptom wurde beobachtet bei Fällen von latenter Tuberkulose, wo Schmerz und Druckempfindlichkeit, im Urin Tuberkelbazillen fehlten.

Nach Fenwick sind diese Veränderungen bei Frauen häufiger als bei Männern.

Ich habe in drei Fällen kraterförmige Erweiterung des Ureters meist mit Granulationen am Rande gesehen und konnte lediglich daraufhin die Diagnose stellen.

Bei Pyeliten anderer Herkunft sah ich diese Veränderung nicht. Es ist dies begreiflich, da es hierbei nicht leicht zu Infiltration und Zerfall des Randes der Ureteröffnung kommt. Auch bei Carcinoma uteri et parametrii habe ich niemals ähnliche Bilder gesehen.

Noch häufiger sah ich Granulationen um den Ureter allein, mitunter auch um das erweiterte Ostium; auch kleine ödematöse Bläschen in der Nähe desselben.

In drei Fällen sah ich polypöse Hervorragungen, die wie kleine Papillome aussahen, die ich ebenfalls wie Hottinger und neuerdings Nicolich für Granulome halte. Zu erwähnen ist, daß Suter, der über 78 wohl studierte Fälle berichtet, von denen 68 zystoskopiert werden konnten, zwölf mit Veränderungen am Ureter (Ulzeration und Schwellung) sah. Davon hatten fünf einen klaffenden Ureter.

Merkwürdigerweise betrafen letztere fünf Fälle nur Frauen, während kein einziger solcher Fall von Suter bei einem Manne gesehen wurde.

Dabei ist doch das Zahlenverhältnis 36 Männer und 38 Frauen

Digitized by Google

Als sonstige zystoskopische Befunde fand ich, wie auch andere Autoren angeben:

Fleckige Schleimhaut, partielle Rötung einer Blasenhälfte, Ekchymosen, auf die besonders Casper hinweist, und Ulzerationen.

Wie schon erwähnt, hat Suter in keinem Falle Tuberkelknötchen gesehen.

Papilläre Vegetationen sind überhaupt bei Blasentuberkulose nicht selten. Besonders auf dem Trigonum und in dessen Nähe kommen dieselben vor. Sie können mitunter zu schweren Blasenblutungen führen. Oraison (Assoc. franc. d'Urologie, Séance Octobre 1907) konnte solche Vegetationen nach ihrer operativen Entnahme mikroskopieren und wies nach, daß dieselben aus Bindegewebe mit eingesprengten Tuberkelknötchen und zahlreichen dicht gefüllten Blutgefäßen unter der intakten Schleimhaut der Blase bestehen. Mikroskopische Untersuchung und Tierexperimente mit dem Urin hatten die Tuberkulose nicht erkennen lassen.

Ulzera bilden einen häufigen Befund bei Tuberkulose der Blase. Doch haben dieselben keine für diese Erkrankung typischen Merkmale.

Da auch sonst häufig besonders bei chronischen Entzündungen Ulzera vorkommen, ist die Differentialdiagnose nicht immer leicht.

Einzelne größere Geschwüre fallen meist in die Kategorie des Ulcus simplex, über dessen Ätiologie nicht viel bekannt ist und das vielleicht auf traumatische Ursachen zurückzuführen ist.

Große mit Phosphaten inkrustierte Geschwüre, die sogenannten Stalaktitgeschwüre, zeichnen sich durch ihre blendend weiße Farbe aus, sind sehr schmerzhaft und lassen sich von tuberkulösen Geschwüren unterscheiden.

Letztere sind meist kleiner und multipel und haben eine stark veränderte Umgebung, während die solitären Geschwüre auf sonst normaler Schleimhautfläche vorkommen können. Sind sie mit Tuberkeln vereint, so ist ihre Deutung leicht.

Digitized by Google

Immerhin tut man gut, bei allen ulzerösen Formen, ja bei allen chronischen Zystiten immer an Tuberkulose zu denken. Ich sah bei sieben Fällen ulzeröse Prozesse meist auf dem Trigonum, aber auch am Fundus.

Gelegentlich findet man die entzündlichen und tuberkulösen Veränderungen mehr im Blasengrund oder seitlich, ja sogar im Vertex, während das Trigonum frei zu sein scheint, dann muß man, wie Stöckel mit Recht betont, annehmen, daß die zuerst befallenen Partien am Ureter und Trigonum abgeheilt sind. Das spricht also nicht gegen die deszendierende Natur der Erkrankung. Bei der großen Chronizität des Prozesses kann sich der zystoskopische Status wesentlich verändern.

Meist jedoch nimmt im Verlaufe der Leiden die Erkrankung in der Blase zu. Es bildet sich eine totale Zystitis aus, es treten ulzeröse Prozesse auf, die das Leiden sehr verstärken. Eine Wandinfiltration führt alsdann zum Bilde der Schrumpfblase. Mit Zunahme dieser Erscheinungen wird die Zystoskopie immer schwieriger und werden die zystoskopischen Befunde immer weniger charakteristisch. Alsdann wird aber das Krankheitsbild im ganzen immer typischer, so daß man oft ohne Zystoskop und Bazillen, diesem Schlüssel zur Diagnose Tuberkulose (Israel), schon mit großer Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose annehmen kann.

Mitunter kann man aus der Intoleranz der Blase gegenüber Argentum nitricum-Lösung oder aus der Erfolglosigkeit dieser Therapie den Verdacht auf Tuberkulose schöpfen.

Außer der knötchenförmigen und der ulzerösen Form gibt es auch eine plaqueförmige Tuberkulose, die unter dem Bilde der von den Pathologen Malakoplakie genannten Krankheit verläuft. Kimla hat zuerst darauf hingewiesen, daß ein Teil der Fälle von Malakoplakie als Tuberkulose aufzufassen sind. Diese Annahme scheint nach den weiteren Untersuchungen von Zangemeister und Wildboltz viel für sich zu haben.

Zystoskopisch ist erst ein Fall von Malakoplakie (Cystitis caseosa in Plaque-form) gesehen worden (Zangemeister). Nach ihm stellen die malakoplakischen Herde multiple beet-

Digitized by Google

artige Plaques mit injiziertem scharfen Rand dar, zwischen denen einzelne miliare Knötchen vorkommen. In der Mitte der 5 bis 10 mm Durchmesser, 1 mm Höhe betragenden Plaques befindet sich oft eine Delle.

Diese Herde sind über die ganze Blase verstreut und konfluieren zuweilen.

Die Cystitis tuberculosa caseosa tritt in zwei Formen auf:

1. Haupttypus, die plaqueförmige käsige Zystitis, die der Malakoplakie sehr ähnelt.

2. Die diffus infiltrierende Zystitis; eine entzündliche Infiltration führt zur Verkäsung, ähnlich wie im Ureter und Nierenbecken.

Der Unterschied zwischen beiden Formen ist nur in der Form der Ausbreitung.

Nach Kimla soll chronische Retention des tuberkelbazillenhaltigen Urins die käsige Entzündung begünstigen.

Während man in den meisten Fällen mit der einfachen Zystoskopie zur Diagnose kommt, bedarf man in einer Anzahl von Fällen, insbesondere den beginnenden, noch auf die Niere und Ureter beschränkten des Ureterenkatheterismus, um überhaupt einen tuberkulosen Prozeß festzustellen.

Erst die Konstatierung eines auf eine Seite beschränkten renalen Prozesses veranlaßt uns, an Tuberkulose zu denken, und bei geringgradiger Harnveränderung gelingt es erst durch die gesonderte Auffangung einer bestimmten Menge Nierenharns, die Harnveränderung überhaupt wahrzunehmen.

Aber auch wenn die Diagnose Tuberkulose feststeht, werden wir erst recht uns des Ureterenkatheterismus bedienen müssen, um festzustellen 1. ob die andere Niere auch frei von Tuberkulose ist, 2. ob sie im Falle einer Nephrektomie die Funktion des kranken Schwesterorgans übernehmen kann.

Wenn man von den vorgeschrittenen Fällen hochgradiger Blasentuberkulose absieht, ist meist nur eine Niere zunächst tuberkulös erkrankt, und nur bei längerem Bestand der Er-

Digitized by Google

krankung kommt es zu hämatogener Infektion der zweiten Niere.

Albarran fand unter 64 Fällen, in denen er den Urin beiderseits mit dem Ureterkatheter aufgefangen hatte, 58 mal eine Seite, 6 mal beide Seiten erkrankt, also in 9,3%.

Hottinger sah unter 79 Fällen bloß 10 doppelseitige.

Es leuchtet ein, daß die Feststellung, daß es sich um eine einseitige Nierentuberkulose handelt, von größter Wichtigkeit für die Frage der Therapie, die in der frühzeitigen Nephrektomie besteht, ist.

Aber selbst wenn die zweite Niere sicher frei von Tuberkulose ist, kann sie sich in einem Zustande befinden, der sie unfähig macht, die Funktion für das Schwesterorgan zu übernehmen.

Dies festzustellen ist Aufgabe der funktionellen Nierendiagnostik. Welches Verfahren hierbei zu wählen ist, ob mit Kümmell die Gefrierpunktsbestimmung, ob die Phloridzinbestimmung nach Casper und Richter, oder in der Modifikation von Kapsamer oder gar die sehr umständliche Methode Albarrans, das läßt sich heute noch nicht entscheiden. Andere sehr erfahrene Chirurgen wie Israel und Rovsing sind noch immer skeptisch gegenüber diesen Methoden.

Zur Gewinnung der beiderseitigen Nierenharne stehen uns vier verschiedene Wege offen.

1. Die Katheterisation der kranken Seite und die gleichzeitige Verstopfung des betreffenden Ureters und die Entnahme des aus der gesunden Niere nunmehr in die Blase fließenden Harnes mittels des Blasenkatheters.

2. Der doppelseitige Katheterismus.

3. Die Segregation oder Separation des Urins nach Luys oder Cathelin.

4. Die Freilegung des Ureters mittels seitlicher Inzision und Katheterisation derselben durch kleinen seitlichen Schlitz (Israel).

Die Entscheidung, welches von diesen Verfahren anzuwenden ist, ist im einzelnen Falle schwierig.

Digitized by Google

Verfahren 1 und 3 können nur bei völlig freier Blase in Anwendung gelangen, nachdem eine gründliche Waschung und Desinfektion derselben erfolgt ist.

Katheterisiert man lediglich den kranken Ureter, so ist es immerhin möglich, daß der Katheter den Ureter nicht genügend ausfüllt, so daß seitlich von demselben pathologischer Urin längs des Ureterkatheters in die Blase herabgelangt. Selbst wenn man Nitzes Okklusivkatheter gebraucht, kann dies vorkommen.

Viel sicherer ist der doppelseitige Katheterismus. Allerdings ist auch hier ein artefizieller Transport von Tuberkelbazillen in den gesunden Ureter möglich (Desnos, Israel).

Auf diese Weise könnte fälschlicherweise eine Tuberkulose der zweiten Niere angenommen werden und die so segensreiche Nephrektomie würde dann unterbleiben.

Die Gefahr einer Infektion der gesunden Niere durch die Katheterisation des betreffenden Ureters ist nur sehr gering, so daß man sehr wohl berechtigt ist, dieselbe auszuführen, um so mehr als nur auf diese Weise in vielen Fällen die so wichtige Entscheidung, ob nephrektomiert werden kann, zu treffen ist.

Man muß aber

1. vorher die Blase gut reinigen und mit einem wirksamen Antiseptikum wie Hydrargyrum oxycyanatum-Lösung 1 : 5000 füllen,

2. darf man nur eine kurze Strecke, 3 bis 5 cm, in den Ureter eingehen,

3. spritzt man aus prophylaktischen Gründen 10 bis 20 g einer 1%igen Argentum nitricum-Lösung nach.

Da die Tuberkulose nur in den allerseltensten Fällen aszendiert, kann man bezüglich der zweiten Niere unbesorgt sein.

Bei Mischinfektion der Blase mit anderen Bazillen, insbesondere mit pyogenen Kokken, ist der Katheterismus der gesunden Seite mit größerer Vorsicht auszuführen.

Gelingt der Ureterkatheterismus nicht oder ist er in seinen Ergebnissen unsicher, so bleibt nur die von Israel empfohlene

Digitized by Google

Freilegung des gesunden Ureters übrig, nachdem die Eröffnung der tuberkulösen Blase wegen der Gefahr einer Fistelbildung und die probatorische Nierenspaltung wegen ihrer Unzuverlässigkeit durchaus nicht zu empfehlen ist.

Die Separation wird man bei Tuberkulose selten anwenden können, nur in den frühesten Stadien kann sie hier am Platze sein. Meist aber ist die Blase viel zu empfindlich für diese Methode. Da man doch zystoskopieren muß, ist der Ureterenkatheterismus stets vorzuziehen.

Da es bei Nierentuberkulose öfter vorkommt, daß auch der Harn der gesunden Seite Albumen enthält, tritt an den Operateur mitunter die schwer zu beantwortende Frage heran, wie er die gesunde Niere in bezug auf ihre Funktionstüchtigkeit bewerten soll.

Handelt es sich um leichte Albuminurie, so wird man, besonders wenn die funktionellen Methoden leidliche Zahlen geben, unbedenklich operieren. Es handelt sich ja dann meist um den Beginn einer toxischen Nephritis der einen Niere, die lediglich der Tuberkulose der anderen ihre Entstehung verdankt; nach Entfernung des tuberkulösen Herdes werden die bisher produzierten Giftstoffe aus dem Blute verschwinden und es besteht Aussicht, daß sich geringere Gewebsveränderungen wieder zurückbilden.

Neuerdings sind Posner und Cohn mit Versuchen nach dieser Richtung beschäftigt.

Sie spritzten Kaninchen Tuberkelbazillen direkt durch die Haut in die Niere, ohne also das Organ bloßzulegen.

Unter bisher drei so durchgeführten Experimenten haben sie einmal eine beginnende interstitielle Nephritis ohne Tuberkelbazillen in der nicht injizierten Niere nachweisen können. In zwei Fällen fehlte eine konsensuelle Erkrankung der anderen Seite.

Ist es nun mit Hilfe der Zystoskopie und des Ureterenkatheterismus gelungen, die Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses im Harntrakte festzustellen, haben wir uns Kenntnis von der funktionellen Beschaffenheit der gesunden Niere verschafft, so ist unsere diagnostische

Digitized by Google

Arbeit nicht erledigt, wir müssen auch über den Zustand der übrigen Organe uns informieren, insbesondere feststellen, ob sonst noch tuberkulöse Herde vorhanden sind.

Insbesondere auf Veränderungen der Lungen sowie Affektionen der Gelenke ist zu achten, während Genitaltuberkulose nur ausnahmsweise zu finden sein wird.

Therapie.

Bezüglich der Therapie will ich mich hier kurz fassen, da dieselbe heute wohl bei fast allen Chirurgen die gleiche ist. Es gilt heute allgemein der Satz:

Bei Nieren-Blasentuberkulose muß möglichst frühzeitig die Exstirpation der kranken Niere gemacht werden.

Der Nutzen dieses Verfahrens ist ein ganz eklatanter, nicht nur der Krankheitsherd in der Niere wird dadurch entfernt, auch die Blasenaffektion bildet sich, wie bekannt, zurück und man schützt die andere Niere.

Von den verschiedensten Autoren ist die Rückbildung der Tuberkel nach der Operation direkt zystoskopisch gesehen worden.

Die Nephrektomie hat heute nur eine geringe primäre Mortalität und ihre Dauerresultate sind, wie aus Israels hochinteressantem Berichte in den Folia urologica hervorgeht, ausgezeichnete.

Man kann nicht oft und laut genug den Nutzen der Nephrektomie betonen, um so mehr als erst neuerdings wiederum von einigen Seiten ein konservatives Verfahren sowie die Tuberkulinbehandlung wieder sehr lebhaft empfohlen wird.

Die Nieren- und Blasentuberkulose ist mitunter ein sehr chronisches, über viele Jahre sich erstreckendes Leiden, bei dem Stillstände und vorübergehende Besserungen vorkommen. Doch sind Spontanheilungen im Vergleich zur Lungentuberkulose recht selten.

Eine vorgeschrittene Blasentuberkulose ist ein entsetzliches Leiden, bei dem unsere palliative Therapie ohnmächtig ist.

Digitized by Google

Wir müssen unbedingt unseren Kranken diesen desolaten Zustand ersparen durch eine frühzeitige Nephrektomie.

Wir würden ja auch den Lungenleidenden operativ helfen, wenn wir mit dem Messer die Lungenherde exstirpieren könnten, um wie viel mehr müssen wir es bei der Nierentuberkulose tun. Es ist bedauerlich, daß neuerdings das Interesse, das man von seiten der Praktiker der Nephrektomie entgegenbrachte, durch die Empfehlung der Tuberkulinbehandlung etwas abgelenkt wurde.

Es sind bis jetzt noch keine Heilungen der Tuberkulose durch Tuberkulin in größerer Zahl bekannt.

Es wurden bisher nur Besserungen konstatiert, die aber schwer zu beurteilen sind.

Wohl aber sind eine Reihe von Schädigungen bekannt, so berichtete Israel über zwei solcher Fälle.

Die Tuberkulinbehandlung reserviere man nur auf solche Fälle, wo beide Nieren tuberkulös sind, und zur Nachbehandlung nach Nephrektomie.

Selbst tuberkulöse Veränderungen in der zweiten Niere, wenn sie nur geringen Grades sind, sowie vorgeschrittene Blasentuberkulose kontraindizieren nicht die Nephrektomie; im Gegenteil die Blase heilt aus und man kann durch die Exstirpation der schwerer erkrankten Niere auch die nur leicht tuberkulöse zweite Niere zur Heilung bringen.

Ist aber die gesunde Niere nicht funktionsfähig (was übrigens nicht so leicht zu beweisen ist), so bleibt nur die Nephrotomie, die Spaltung der tuberkulösen Niere mit nachfolgender Auslöffelung der Eiterherde und Tamponade der Höhle übrig. Besonders bei Eiterretention kann dadurch eine vorübergehende Besserung, Aufhören des Fiebers und der Schmerzen erzielt werden.

Ob man den tuberkulösen Ureter mit exstirpieren soll, ist strittig, Kelly und Zuckerkandl nehmen ihn bei der Nephrektomie in toto mit, andere erwarten die Spontanheilung desselben.

Operative Eingriffe an der Blase sind unnötig, da nach

Digitized by Google

Eliminierung der Niere der Prozeß zur Ausheilung kommt. Außerdem sind derlei Eingriffe nicht ungefährlich und führen zu Verschlimmerungen des Befindens, insbesondere zu unheilbaren Fisteln.

Bei Frauen ist wegen der größeren Zugänglichkeit der Blase auf vaginalem Wege allerdings die Möglichkeit gegeben, etwas aktiver zu sein, als bei der männlichen Blase.

Auch lassen sich wegen der Kürze und Weite der Urethra weit eher endovesikale Eingriffe wie Kauterisation tuberkulöser Geschwüre, Kurettage sowie Ätzungen ausführen. Besonders bei Luftfüllung der Blase und Anwendung der Kellyschen oder Luysschen Methode ist dies technisch gut möglich.

Die Erfahrungen aber, die bisher damit gemacht worden sind, waren nur teilweise gute.

Jeglichen, auch leichten Eingriff verträgt die tuberkulöse Blase schlecht, und da man doch nicht radikal alles Kranke entfernen kann, tut man besser, die Blase möglichst wenig zu alterieren, sich mit vorsichtig ausgeführten antiseptischen Waschungen und Instillation von Heilmitteln zu begnügen und das Hauptgewicht auf eine Allgemeinbehandlung und insbesondere die Tuberkulinbehandlung zu legen.

Blasenspülungen in der üblichen Form werden bei vorgeschrittener Tuberkulose schlecht vertragen, besonders gilt dies für das Argentum nitricum.

Während man bei beginnender Blasentuberkulose recht gut mit Spülungen von Hydrargyrum oxycyanatum, 1:5000, auskommt, muß man bei intensiver Erkrankung der Blase verschiedene Mittel versuchen, von denen sich Sublimat 1:10000 bis 1:5000 (Guyon) sowie 6%ige Karbolsäurelösung (Rovsing) am meisten bewährt haben.

Je schwerer die Erkrankung ist, desto mehr muß man eine Ausdehnung der Blase vermeiden.

Bei ausgesprochener Schrumpfblase und hochgradigen ulzerösen Formen beschränke man sich auf Instillationen geringer Mengen Flüssigkeit eventuell in konzentrierterer Form.

Ganz zweckmäßig ist die Anwendung kleiner Mengen (20 bis 50 ccm) einer Jodoformglyzerin-Emulsion, die man in

Digitized by Google

die Blase injiziert. Dadurch wird die Schmerzhaftigkeit derselben oft bald verringert.

Jodoform desodor. 50,0,
Glyzerin 40,0,
Aq. dest. 10,0,
Traganth 0,25.
D. S. Einen Eßlöffel auf 50 ccm Wasser zur Blaseninjektion.

Auch Guajacol wird vielfach verwendet, 5,0 : 100,0 Ol. oliv., auch mit Jodoform, sowie eine 10%ige Jodoform-Ölemulsion.

Es muß aber nochmals ausdrücklich betont werden, daß der Wert dieser Blasenbehandlung nur ein symptomatischer ist.

Auch für die Blasentuberkulose besteht die Haupttherapie in der Entfernung der kranken Niere.

Nur für die der Operation nicht zugänglichen, meist vorgeschrittenen Fälle sowie zur Nachbehandlung nach der Nephrektomie kommt eine Blasenbehandlung in Betracht. Hierbei, und zwar nur in diesen Fällen, kann eine Allgemeinbehandlung sowie die Tuberkulintherapie zur Anwendung gelangen.

Solche vom Chirurgen abgelehnte Fälle sind eine Domäne der Sanatoriumsbehandlung. Ernährungs- und Luftkuren wirken mitunter recht günstig, und recht ermunternd sind die Resultate, die man mit dem Tuberkulin erzielt.

Ich will hier auf diese Therapie nicht näher eingehen, insbesondere nicht den Wert der einzelnen vorgeschlagenen Modifikationen des Tuberkulins erörtern, wie des Tuberkulocidins, Selenin (Klebs), Tuberkuloalbumin (Thamm), Alttuberkulin, Neutuberkulin, Deutschmannschen Serums u. a.

Nur auf eine den Gynäkologen interessierende Arbeit sei hingewiesen, auf die Birnbaums (siehe Verhandlungen des XII. deutschen Gynäkologenkongresses, Dresden 1907).

Birnbaum hat vier Fälle von Nieren-Blasentuberkulose mit Tuberkulin behandelt.

Einmal trat sichere Heilung ein. Drei von diesen Fällen

Digitized by Google

wurden gebessert. Gewichtszunahme und auffallend schnelle Hebung des Allgemeinbefindens trat ein.

Doch eignen sich zur Tuberkulinkur nach B.s Ansicht nur Fälle mit günstigem Allgemeinbefinden und Fieberlosigkeit.

Zur Erzielung guter Dauerresultate ist die von Petruschky empfohlene Etappenkur anzuwenden. Dieselbe beruht auf der Tatsache, daß sich im Verlaufe einer längeren Tuberkulinbehandlung Antikörper, sogenannte Antituberkuline, bilden. Das Tuberkulin ist kein direktes Gegengift, sondern es regt durch seine Toxine den Körper an, Gegengifte zu bilden. Diese experimentell nachgewiesene Tatsache läßt sich auch klinisch dadurch nachweisen, daß beim Patienten während der Behandlung die Tuberkulinempfindlichkeit abnimmt.

Man macht nach einer längeren Tuberkulinbehandlung eine mehrmonatige Pause, während welcher Diät- und Luftkuren in Heilstätten gemacht werden. Darauf wird eine zweite Behandlungsetappe begonnen.

Diese wiederholten Behandlungen sind zur Vermeidung von Rezidiven notwendig.

Ob das neuerdings von Deutschmann (Deutsche med. Wochenschr., 1907) empfohlene Serum Erfolge aufzuweisen hat, läßt sich noch nicht sagen.

Sehr lesenswert ist auch ein Aufsatz von Petruschky: Kochs Tuberkulin und seine Anwendung beim Menschen, der in der Berliner Klinik, 1904, Heft 188, erschienen ist.

Und neuerdings konnte auch Pielicke auf gute Erfolge mit der Tuberkulinbehandlung hinweisen.

Jedenfalls wird man auf diesem Wege noch manche Fortschritte erzielen, zurzeit ist aber die Tuberkulinbehandlung noch im Versuchsstadium und ihre Grenzen sind gegenüber der Nephrektomie, die glänzende Resultate aufweist, nur engbegrenzte.

Nach diesem flüchtigen Abstecher auf das Gebiet der Therapie, den ich in anbetracht der Wichtigkeit dieser Frage nicht unterlassen wollte, möchte ich noch in Kürze auf ein den Gynäkologen besonders interessierendes Thema eingehen

Digitized by Google

nämlich die Komplikation der Nierentuberkulose mit Schwangerschaft.

Ich selbst allerdings habe keinen solchen Fall gesehen und ich kann hier nur die Erfahrungen anderer zugrunde legen.

Wenn die Nieren- und Harntuberkulose gegenüber anderen tuberkulösen Veränderungen zurücktritt und nur eine Teilerscheinung einer weit vorgeschrittenen Lungentuberkulose oder einer mehr oder minder ausgedehnten Allgemeininfektion des ganzen Körpers bildet, so kommen für die Therapie die allgemeinen Grundsätze in Betracht, die für die Behandlung von Schwangerschaft und Tuberkulose in Betracht kommen.

Handelt es sich aber um eine isolierte Nieren- oder Nieren-Harnblasentuberkulose, während die übrigen Organe frei von Tuberkulose oder höchstens latente Herde vorhanden sind, so kommen besondere Indikationen für die Behandlung in Betracht.

Wir wissen erst seit kurzem etwas über den Einfluß der Gravidität auf den Verlauf einer Nierentuberkulose, und daß dieselbe einen sehr ungünstigen Einfluß auf den Verlauf der Gravidität ausübt.

Die Schwangerschaft ist ein für die Entwicklung der Tuberkulose in der Niere prädisponierendes Moment, sie wirkt ähnlich wie ein Trauma oder eine chronisch entzündliche Schädigung (Stauung, Hydronephrose, Stein, Wanderniere) vorbereitend und begünstigend zur Fortsetzung und Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses.

Wie bekannt, werden alle Nierenveränderungen durch die Schwangerschaft verschlechtert, am meisten aber trifft dies jedoch für die Tuberkulose der Nieren zu.

Die oft nur geringen subjektiven Symptome einer beginnenden Nephrophthise, die den Gedanken an ein ernsteres Leiden gar nicht aufkommen lassen, wie eine vermehrte Harnfrequenz, Zeichen eines leichten Blasenkatarrhs, erfahren mit Eintritt der Gravidität eine ganz auffällige Steigerung, Dysurie und Pollakiurie nehmen beträchtlich zu, es kommt zu kolikartigen Schmerzen in der Nierengegend sowie zu schmerzhaften Sensationen im Bereich eines Ureters. Es zeigt sich Pyurie und Albuminurie, ja sogar stärkere Störungen des Allgemeinbe-

Digitized by Google

findens, wie Fieber, Mattigkeit, Abmagerung, kurz die Zeichen einer schweren Erkrankung werden mit einem Male manifest.

Seitdem wir wissen, daß in der Schwangerschaft sich häufig eine Pyelitis entwickelt, werden wir auf derlei Symptome häufiger wie früher achten. Ist erst einmal das Vorhandensein eines Prozesses in den Nieren erkannt, so gelingt es leicht, die Ätiologie desselben festzustellen.

Ist die Diagnose Tuberkulose sicher, so steht man vor der schwierigen Entscheidung, ob man sofort operieren oder ob man die Geburt abwarten und dann erst die Nephrektomie ausführen soll. Auch die Einleitung der Frühgeburt sowie des künstlichen Abortus kommt hier in Frage.

Da die Erfahrung lehrt, daß eine während der Schwangerschaft vorgenommene Nephrotomie oder Nephrektomie wegen sonstiger eitriger Nierenaffektionen meist nicht zur Unterbrechung der Gravidität führt und auch sonst gut vertragen wird, wird man im frühen Stadium der Gravidität bei renaler Tuberkulose am besten die Niere entfernen.

Dafür sprechen die Fälle von Barth, ein Fall von Mirabeau, der im 5. Monat der Schwangerschaft nephrektomierte, worauf die Frau austrug, ein gesundes Kind gebar und nach $2^1/_2$ Jahren noch gesund blieb; desgleichen hat in einem Fall von Israel und einem von Steinheil die Nephrektomie keine Störung der Gravidität herbeigeführt, und ist erstere Patientin dauernd geheilt worden (siehe Seitz in Winkels Handbuch der Geburtshilfe).

Zur künstlichen Unterbrechung wird man sich dann entschließen, wenn die Nierentuberkulose doppelseitig ist.

In allen schweren Fällen von Tuberkulose werden durch einen solchen Eingriff wenigstens die Beschwerden gemildert oder doch wenigstens ihre Zunahme verhindert. Auch der tuberkulöse Prozeß verläuft dann nicht so rapide und macht gelegentlich Stillstände.

Von Bedeutung für die Entscheidung ist der Zeitpunkt der Schwangerschaft sowie der übrige Zustand der Mutter, ob Fieber, Konsumption, schwere Blasensymptome vorhanden sind oder nicht. Detaillierte Indikationen hier aufzustellen ist

Digitized by Google

nicht am Platze. Hier muß in jedem einzelnen Falle nach Berücksichtigung aller Faktoren das Verfahren bestimmt werden.

Ist nach Exstirpation der kranken Niere der Zustand ein besserer geworden, die Blasentuberkulose in Ausheilung begriffen, die Geburt am normalen Ende gut von statten gegangen, so muß die Patientin in den nächsten Jahren vor einer neuen Schwangerschaft geschützt werden, da durch eine solche ein möglicherweise latenter Herd in der anderen Niere zum Aufflackern gebracht werden könnte. Ist es aber zu Gravidität gekommen, nachdem eine völlige Heilung erzielt ist, so ist die Prognose für eine neue Schwangerschaft eine gute, wie aus den Erfahrungen Israels hervorgeht.

Unter seinen operierten Frauen haben acht 15 Schwangerschaften mit 13 normalen Entbindungen und zwei Aborten ohne Störungen von seiten der Niere überstanden. Nur tritt leicht eine Bildung von harnsaurem Sand und Konkrementen in der Niere ein. Dieses überraschend günstige Ergebnis darf uns aber nicht abhalten, eine neue Schwangerschaft mit großer Vorsicht zu betrachten; auf die Einleitung des Abortus artificialis wird man allerdings nicht so leicht eingehen.

Dringend nötig ist, daß von seiten der Gynäkologen alle Fälle von Komplikation von Schwangerschaft und Tuberkulose des Harntraktus genau studiert und gesammelt würden, erst dann lassen sich genauere Gesichtspunkte für die Therapie aufstellen.

Das große Interesse, das zurzeit den Ureter- und Nierenerkrankungen während der Gravidität entgegengebracht wird, sowie die zunehmenden urologischen Kenntnisse bei den Frauenärzten werden sicher in allernächster Zeit wertvolle Resultate auf diesem Gebiete herbeiführen. Sollte meine Arbeit hierzu einiges beitragen, so wäre ihr Zweck reichlich erfüllt.

Digitized by Google

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

„ 3. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**, Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinomauteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benekiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—.

„ 8. **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influensa und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Hiermann**, Dr. Arn., in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. C. von, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

„ 5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. R., in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. Fz., in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis". Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Togge**, Prof. Dr. F anz, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. J., in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. E., in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Wolsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhaber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. P., in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. Alb., in Frankfurt a. M. Uebe Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. H., Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Fortsetzung auf der letzten Textseite.

Digitized by Google

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anstalt in Breslau Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Dr. Bokelmann in Berlin, Prof Dr. Bumm in Halle a. S., Prof. Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitätsrat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Prof. Dr. Kroenig in Leipzig, Prof. Dr. Menge in Leipzig, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. M.

herausgegeben von

Sanitätsrat Dr. Max Graefe in Halle a. S.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band V.

Heft 1. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis. Preis ℳ 1,20.
„ 2. **Gräfe**, Dr. M., in Halle a. S. Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung. Preis ℳ 0,60.
„ 3/4. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Ueber den jetzigen Stand der Lehre der Tubenschwangerschaft. Preis ℳ 2,60.
„ 5. **Wegscheider**, Dr. M., in Berlin. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. ℳ 0,80.
„ 6. **Klix**, Dr., prakt. Arzt in Prechlau, Westpr. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Preis ℳ 1,—.
„ 7. **Bokelmann**, Dr. W. Über die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen, Preis ℳ 1,—.
„ 8 **Winter**, Professor Dr G., in Königsberg i. Pr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Preis ℳ 0,80.

Band VI

Heft 1/2. **Ekstein**, Dr. Emil, in Teplitz. Die zweiten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. Ein Beitrag zur Puerperalfieber-Frage. Preis M. 1,50.
„ 3. **Beck**, Feodor, in München. Ätiologie und Therapie des Kephalhaematoma neonatorum. Ergebnisse aus einer Zusammenstellung von 102 Fällen. M. 0,50.
„ 4. **Siefart**, Dr. G., in Berlin-Charlottenburg. Kritische Bemerkungen über mechanische und operative Therapie. Preis M. 0,80
„ 5. **Zangemeister**, Privatdozent Dr. W. Über Eklampsieforschung. Allgemeine Indikationsstellung in der Geburtshilfe. Preis M. 0,60.
„ 6. **Hoenck**, Dr. E., in Hamburg. Ueber Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Preis M. 0,80.
„ 7. **Baumm**, Dr. P., Breslau. Kopf und Becken in ihrer gegenseitigen Beziehung unter der Geburt. Preis M. 0,80
„ 8 **Grube** Dr. H., in Hamburg. Der vordere Scheidenleibschnitt Mit Illustrationen und Tafeln. Preis M. 3,—.

Band VII.

Heft 1a. **Ekstein**, Dr. Emil, in Teplitz. Nur gebildete Hebammen! Preis M. 0,60.
„ 1b **Quelsner**, A. H, in Bromberg Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri Preis M. 0,40.
„ 2 **Bäcker**, Dr J., Die Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien. M. 1,20.
„ 3. **Ekstein**, Dr Emil in Teplitz. Die puerperale Infektion in forensischer Beziehung Preis M. 0,60.
„ 4a. **Zangemeister**, Privatdozent Dr. W, Königsberg i. Pr. Die Bedeutung der Cystoskopie für die Gynäkologie. Preis M. 0,40
„ 4b. **Graefe**. Sanitätsrat Dr. M., Halle a. S, Zur Frage der Dauerheilung nach Operation des Cervixkarzinoms in der Schwangerschaft. Preis M. 0,40.
„ 5. **Graefe**, Sanitätsrat Dr. M., Halle a. S., Ueber abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Preis M. 0,80.
„ 6 **Bokelmann**, Dr. W. Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Preis M. 0,75.

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

Digitized by Google

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis.
Herausgegeben von
Sanitätsrat Dr. **Max Graefe** in Halle a. S.
VII. Band, Heft 8.

Beiträge zu neueren therapeutischen Massnahmen in der Geburtshilfe.

Von
P. Baumm, Breslau.

Über Parametritis posterior und ihre Behandlung.

Von
M. Graefe, Halle a. S.

Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1909.

Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Einzelpreis dieses Heftes Mk. 1,50.

Digitized by Google

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

In meinem Verlage erschien:

Der vordere Scheidenleibschnitt

seine Technik und Indikation

mit inter operationem aufgenommenen **Situationsbildern.**

Von

Dr. H. Grube,

Frauenarzt in Hamburg.

Mit Illustrationen im Text und 11 Tafeln.

Preis M. 3,—.

Die Prinzessin

Luise von Sachsen-Coburg und Gotha

geb. Prinzessin von Belgien.

Eine forensisch-psychiatrische Studie

von Oberjustizrat **Dr. Frese,** Meißen.

Preis M. 2,—.

Die Frauenfrage.

Eine ökonomisch-soziologische Untersuchung unter spezieller Berücksichtigung des schwedischen Bürgertums.

Von Dr. **Elon Wikmark.**

Preis brosch. **M. 3,—.**

Gedrängte Inhaltsübersicht: Geschichtliche Entwicklung der Frauenfrage in Schweden. Die Frau in der schwedischen Kulturgeschichte. Die schwedische Frauenbewegung. Die inneren Ursachen der schwedischen Frauenfrage. Land und Stadt. Bürgerliche und proletarische Frauenfrage. Die allgem. bevölkerungsstatistischen Ursachen der bürgerl. Frauenfrage. Alter bei der Eheschließung und Ehelosigkeit. Die Ursachen der Ehelosigkeit. Die bürgerlichen Frauen im Erwerbsleben. Die Zahl der erwerbstätigen Frauen. Der Charakter der Frauenarbeit. Die einzelnen Berufe. Schlußfolgerungen und Zusammenfassung. Das Gesetz der Variabilität.

In Schweden ist die Frauenemanzipation viel schneller und ruhiger verlaufen als in den meisten anderen Ländern und — bezeichnend genug — größtenteils der wirtschaftlichen Entwicklung vorausgegangen. Die wertvolle Arbeit ist als umso interessanter und gelungener zu bezeichnen, da der in Schweden bekannte und geschätzte Forscher der Frauenfrage in vorliegendem Werk nicht allein die schwedischen Verhältnisse, sondern insbesondere auch die der drei großen Kulturstaaten vergleichend in Betracht gezogen hat. Das für die Frauenfrage bedeutsame Werk ist durch die Vielseitigkeit des Inhaltes und durch die eingehendere, ausführliche Behandlung der einzelnen Teile eine literarische Neuheit, welche kein geringes Aufsehen erregen wird.

Ueber die Nervosität der Frauen

und ihre Verhütung.

Von Dr. **Weisswange,** Frauenarzt in Dresden.

Preis M. —,25.

Digitized by Google

Beiträge zu
neueren therapeutischen Massnahmen in der Geburtshilfe.

Von

P. Baumm, Breslau.

Über Parametritis posterior
und ihre Behandlung.

Von

M. Graefe, Halle a. S.

Halle a. S.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
1909.

Digitized by Google

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis

unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anst. in Breslau, Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Sanitäts-Rat Dr. Bokelmann in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, Professor Dr. Doederlein in München, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitäts-Rat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Professor Dr. Kroenig in Freiburg i. B., Professor Dr. Menge in Heidelberg, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. O.

herausgegeben

von

Sanitätsrat Dr. Max Graefe
in Halle a. S.

VII. Band, Heft 8.

Digitized by Google

Beiträge zu neueren therapeutischen Massnahmen in der Geburtshilfe.*)

Von

P. Baumm, Breslau.

Es ist in dem ehrwürdigen Alter der Geburtshilfe begründet, daß ihre Therapie einen gewissen Abschluß gefunden hat. Einschneidende Neuerungen sind in den letzten langen Jahren seltene Erscheinungen gewesen. Seit Semmelweis eine neue geburtshilfliche Ära inaugurierte, hat es 50 Jahre gedauert, ehe wieder ein nennenswerter Schritt vorwärts zu verzeichnen war. Das Eindringen des chirurgischen Prinzipes charakterisiert diese Etappe. Es war die inzwischen zu hoher Entwickelung gelangte operative Gynäkologie, welche hier bahnweisend wurde. Die Wiederaufnahme des Kaiserschnittes, der beckenerweiternden Operationen, die modernen vaginalen Eingriffe sub partu sind Zeugen davon. In allerjüngster Zeit regt sich wieder ein bemerkenswerter Schaffensdrang in der geburtshilflichen Therapie. Es sei mir gestattet, in nachfolgendem drei der modernsten Erscheinungen auf diesem Gebiete unter Anlehnung an Selbsterlebtes zu besprechen.

I. Nierendekapsulation bei Eklampsie.

Wollen wir einem Übel wirksam entgegentreten, so müssen wir vor allen Dingen wissen, woher es kommt. Deswegen hat die Ergründung der Entstehungsursachen der Eklampsie, dieses furchtbarsten Zufalles, der eine Frau bei der Erfüllung ihrer Naturbestimmung treffen kann, von jeher den Forschungseifer der Besten unseres Spezialfaches angeregt. Leider aber bisher

*) Nach einem Vortrag, gehalten in der Gyn. Gesellschaft in Breslau am 3. Dez. 1907.

Digitized by Google

ohne den erwünschten Erfolg. Es ist wohl kaum auf einem anderen Gebiet gleichviel Eifer, Scharfsinn und Ausdauer betätigt worden. Die Literatur über dieses Thema hat nachgerade ungeheure Dimensionen angenommen, aber ohne der Sache zu schaden, kann ich auf die Sichtung des Materials verzichten und mich mit der Wiedergabe des bisherigen Fazits begnügen: Non liquet. So viel allerdings kann als feststehend gelten, daß es sich bei der Eklampsie um eine Vergiftung handelt, und daß ein Versagen der Nierentätigkeit schuld daran ist, daß das Gift nicht rechtzeitig oder nicht in genügender Menge zur Ausscheidung kommt. Folgerichtig dürften sich also alle Bestrebungen, die Nierentätigkeit wieder herzustellen bezw. zu heben, auf der richtigen Bahn bewegen. Nachdem dies auf medikamentösem und physikalisch-diätetischem Wege wenig gelungen ist, hat in Deutschland zuerst Sippel ein chirurgisches Vorgehen in Vorschlag gebracht. Angeregt wurde er dazu durch Edebohls, der mehr als 100 Nierendekapsulationen zur Heilung der chronischen Schrumpfniere ausgeführt und auf Grund der dabei gemachten Erfahrungen auch bei drei Eklamptischen dasselbe Verfahren, alle dreimal mit günstigem Erfolg, angewendet hatte. Dazu hatte das Sektionsergebnis bei einer Eklamptischen den Ausschlag gegeben, daß Sippel auf der Naturforscherversammlung in Stuttgart 1906 mit seiner Empfehlung der Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie hervortrat. Er fand nämlich die Nierensubstanz in einem die Nierenkapsel stark spannenden Zustande, ein Nierenglaukom, wie er es nannte. Es lag nahe, in dieser Einklemmung der Nierensubstanz eine Behinderung der Nierenfunktion zu erblicken und von einer Entspannung der Kapsel durch Schnitt eine Besserung zu erhoffen. Indessen ging er nicht so weit, alles Heil von diesem Vorgehen zu erwarten. Den alten Erfahrungsatz, daß nach der Entbindung ein großer Teil aller Eklampsien von selbst aufhört, gab er nicht auf und empfahl demnach die Nierenentkapselung nur für diejenigen Fälle, in denen die alsbaldige Entbindung nicht zur Heilung führt, also nur für die puerperale Eklampsie. Er selbst hat seinen Vorschlag noch nicht in die Praxis übersetzt, wohl aber eine Reihe anderer Operateure.

Digitized by Google

Die erste Veröffentlichung darüber erschien bei uns aus der Würzburger Klinik von Polano (C.-Bl. 1907, Nr. 1), der übrigens Prioritätsansprüche geltend macht, soweit Deutschland in Betracht kommt. Sie dürften ihm auch zugestanden werden, da er die Operation noch vor dem Sippelschen Vortrage im August 1906 auf Edebohls Anregung hin ausgeführt hat. Es handelte sich um eine doppelseitige Dekapsulation nach der Entbindung. Nach anfänglicher Besserung ging die Kranke am zehnten Wochenbettstage an Lungenödem ein. Außer diesem Falle ist das Verfahren nur noch in der Freiburger Klinik — soweit Publikationen darüber vorliegen — und zwar zweimal angewendet worden (Gauß, C.-Bl. für Gyn. 1907, Nr. 19). In beiden Fällen erfolgte Heilung. In dem ersten wurde die Operation post partum ausgeführt, im zweiten vor der Entbindung. Die Anfälle hörten hier aber nicht auf. Erst nachdem durch vaginalen Kaiserschnitt die Entbindung erfolgt war, trat allmählich Heilung ein. Gauß kommt auf Grund theoretischer Erwägungen zu dem Resultat, daß Nierendekapsulation und Accouchement forcé in einer Sitzung zu machen seien.

Alle übrigen Beiträge zu dem Verfahren kommen aus dem Auslande. Ich führe sie kurz an:

Pinard (referiert von Edebohls, C.-Bl. f. G. 1906, Nr. 25): doppelseitige Dekapsulation nach der Entbindung, außerdem rechts Nephrotomie. Heilung.

Jardine Edebohls (refer. von Gauß, C.-Bl. f. G. 1907, Nr. 19) dekapsulierte 4½ Tag p. p. mit unglücklichem Ausgang. Die Kranke starb einen Tag später unter dem Bilde der Herzschwäche. Die Obduktion ergab starke Kongestion, mäßige Vergrößerung und ausgedehnte Infarktion beider Nieren.

Cavaillon und Trillat (Gaz. des hôpitaux 1903, Nr. 116): Dekapsulation 60 Stunden p. p. — Heilung.

R. de Bovis (semaine méd. 1907, Nr. 10): vier Stunden p. p. Dekapsulation. — Heilung.

Treub (refer. von Ter Braak und Mijulieff im C.-Bl f. G. 1907, Nr. 42): Dekapsulation 2½ Stunden p. p. — Exitus letalis.

Außerdem wird von der zuletzt genannten Stelle noch über einen Fall von de Cotrets ohne nähere Angaben, speziell

Digitized by Google

über den Ausgang berichtet. Das Original, die Union méd. du Canada 1907, Juni, war mir nicht zugänglich.*)

Damit dürfte die Literatur erschöpft sein. Wie erwähnt, befriedigt die landläufige Therapie der Eklampsie nicht. Es sterben im Durchschnitt noch zu viel Frauen an der Krankheit. Nach Wyders Zusammenstellung (Verhdlg. der Deutsch. Ges. f. Gyn., Gießen 1901) beträgt die Mortalität der Mütter 20 %. Meine eigenen Resultate stimmen damit genau überein. Es starben im Jahre

1907	von	10	Eklamptischen	3
1906	„	14	„	1
1905	„	12	„	0
1904	„	3	„	0
1903	„	9	„	3
1902	„	9	„	2
1901	„	9	„	2
1900	„	7	„	2
1899	„	7	„	3
1898	„	2	„	1
1897	„	8	„	2
1896	„	6	„	1
1895	„	7	„	0
1894	„	0	„	0
1893	„	1	„	0
Summa		104	Eklamptischen	20.

Bei der Therapie wurde durchgängig darauf gesehen, daß die Kranke möglichst bald entbunden wurde, möglichst bald, aber nicht immer sofort. Es hing dies von dem jeweiligen Krankheitsbilde und dem Geburtsstande ab. In leichten Fällen, bei vorgeschrittener Geburt und guten Wehen wurde der spontane Geburtsverlauf abgewartet, oder es wurde wenigstens so lange gewartet, bis die Zangenentbindung angebracht war. Alle schwereren Fälle wurden dem Accouchement forcé in verschiedener Gestalt je nach der Zeitströmung unterworfen. Die medikamentöse und physikalische Therapie wechselte periodenweise. Nachdem Gürich in seiner Inaug.-Dissert. nicht nur

*) Das Manuskript ist im März 1908 niedergeschrieben.

Digitized by Google

die Nutzlosigkeit, sondern sogar vielleicht die Schädlichkeit der Veitschen Morphiumbehandlung nachgewiesen hatte, folgte eine Periode, in der, abgesehen von baldiger Entbindung, völlig abwartend verfahren wurde. Es lag mir daran, eine Serie von jeder Behandlung unbeeinflußter Fälle zu beobachten. Dieser Periode folgte die bis in die Gegenwart reichende Chloralperiode, d. h. es wurden systematisch hohe Dosen Chloralhydrat verabfolgt. Daneben wurden heiße Packungen und Kochsalzinfusionen gemacht. Ein Unterschied zuungunsten der unbehandelten Fälle ist in der Mortalität nicht zu bemerken gewesen, im Gegenteil haben gerade diese Fälle, wahrscheinlich zufällig, am günstigsten abgeschnitten. Die Venaesektion habe ich niemals als Mittel gegen die Eklampsie angewendet. Sie erscheint mir zwecklos, nachdem der natürliche Aderlaß, den jede frisch Entbundene erlitten hat, sich so oft als nutzlos erwiesen hat. Jedenfalls hat mich die interessante Serie der abwartend behandelten Fälle in der Überzeugung befestigt, daß unsere bisherigen gangbaren Mittel gegen die Eklampsie — abgesehen vielleicht von einer die Nieren entlastenden Diaphorese — völlig versagen. Bei diesem Stande der Dinge erschien mir die vorgeschlagene Nierendekapsulation wenigstens eines Versuches wert. Ich muß aber gleich bemerken, daß ich vor der Hand den Gaußschen Vorschlag, Entbindung und Nierendekapsulation in einer Sitzung auszuführen, als zu forsch und bisher durch nichts gerechtfertigt ansehe. Daher sparte ich die Operation für einen derjenigen Fälle auf, der trotz Entbindung und trotz der üblichen Maßnahmen nicht zur Heilung zu bringen war.

Es handelte sich um eine III para von 34 Jahren. Bei den beiden vorausgegangenen Geburten hatte manuelle Plazentalösung stattgefunden. Die Geburt am Ende der Schwangerschaft verlief normal, abgesehen von einer mäßigen Nachblutung. Die Plazenta war $^1/_4$ St. p. p. spontan geboren am 6. VI. nachm. $2^1/_4$. Um 5 Uhr, also drei Stunden nach der Geburt des Kindes, erfolgte der erste eklamptische Anfall. Diesem folgten in den nächsten neun Stunden, also bis zum 7. VI. nachts 2, noch weitere neun Anfälle. Die Therapie bestand in

Digitized by Google

Verabreichung von Chloralhydrat teils per os, teils durch den Magenschlauch. Zwar folgten eigentliche Anfälle nicht mehr, aber von Zeit zu Zeit ging ein leichtes Zittern durch den ganzen Körper. Es bestand tiefes Koma. Patientin lag röchelnd mit geöffnetem Munde und krampfhafter, schnappender Inspiration da. Der Puls war hart, beschleunigt, die Pupillen starr, Sehnenreflexe fehlten, aber Muskelreflexe waren vorhanden. Die Temperatur betrug 39,5°. Im Urin war viel Eiweiß. Der Zustand der Kranken zeigte keine Miene zur Besserung. Im Gegenteil, der Puls wurde abends am 6. VI. 07 klein und unregelmäßig. Es wurden 156 Pulse gezählt. Es schien allen Beteiligten klar, daß die Kranke ihrem Ende entgegenging. Bei dieser Sachlage entschloß ich mich, ein Letztes mit der Nierendekapsulation zu versuchen.

Die Operation wurde am 7. VI. 07 abends 10 Uhr ausgeführt: Schnitt zunächst rechts parallel der zwölften Rippe zirka 10 cm lang. Nach Durchtrennung von Haut und Muskulatur fand ich das erwartete Bild nicht. Statt der Fettkapsel der Niere präsentierte sich glattes Peritoneum und dahinter ein rundlicher, derber Körper, der mir sofort auf Leber verdächtig war. Da ich aber trotz alles Tastens und Suchens nichts anderes fand, eröffnete ich das Peritoneum und gelangte dadurch tatsächlich auf die Leber. Die Situation war peinlich, denn die Möglichkeit, ungeschickt vorgegangen zu sein, lag am nächsten. Die Niere mußte aber gefunden werden. Daher ging ich mit der Hand in die Bauchhöhle ein, um auf transperitonealem Wege an das so lebhaft gesuchte und vermißte Organ zu kommen. Vergeblich. An der normalen Stelle, d. h. rechts von der Wirbelsäule in Höhe der zwölften Rippe, lag keine Niere. Zur sicheren Orientierung griff ich nach der anderen Seite der Wirbelsäule und fühlte dort an typischer Stelle die linke Niere. Jetzt wars klar, daß die rechte Niere da, wo sie eigentlich sein sollte, wirklich nicht vorhanden war. Die Möglichkeit einer hochgradigen Dislokation veranlaßte mich, nun von der einmal gesetzten Öffnung aus das ganze Bauchinnere abzutasten. Aber auch das war resultatlos, die rechte Niere war nirgends zu finden. Sie mußte überhaupt fehlen. Wenn auch dieser an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die

Digitized by Google

anfängliche Verlegenheit wich, so war es doch immerhin eine wenig befriedigende Tatsache, unverrichteter Dinge von der rechten Seite abzulassen, um auf der linken Seite fortzufahren. Das Peritoneum wurde geschlossen, ebenso auch der Haut-Muskelschnitt, letzterer unter Offenlassen des hinteren Wundwinkels, durch den der extraperitoneale Raum mit Gaze ausgestopft wurde. Nun wurde links derselbe Schnitt angelegt, worauf man leicht auf die nicht stark ausgebildete Fettkapsel der Niere stieß. Nach Spaltung derselben präsentierte sich die Niere. Dieselbe war vergrößert, gelappt und von blauroter Farbe. Die Dekapsulation erfolgte leicht in situ, d. h. ohne daß die Niere besonders hervorgezogen wurde. Eine besondere Kapselspannung wurde dabei nicht beobachtet. Darauf wurde die äußere Wunde geschlossen und durch den hinteren Wundwinkel bis auf die Niere ein Gazestreifen eingeführt.

Am 8. VI., vorm. 8 Uhr Temp. 37,5°. Ein neuer Anfall ist nicht mehr erfolgt. Die Atmung ist freier, nicht mehr so röchelnd. Patientin schlägt die Augen auf, ohne aber jemanden zu erkennen. Der Puls ist zweifellos besser geworden, doch beschleunigt, 128. Die Patellarreflexe sind lebhaft, an den unteren Extremitäten besteht deutliche Hypersensibilität. — 8. VI. 07, nachm. 5 Uhr, spricht Patientin zum ersten Male, nennt ihren Namen. Temper. 37,5°, Puls 136. Die Wunden sezernieren stark. Der Urin enthält 4‰ Eiweiß. Es werden von 8 Uhr vorm. bis 11 Uhr nachts 590 ccm mit dem Katheter entleert, während von der Operation bis zum nächsten Morgen 8 Uhr nur 60 ccm gemessen worden sind.

9. VI. 07, vorm. 8 Uhr, Patientin hat 325 ccm Urin spontan gelassen. Das Sensorium ist vollkommen klar. Puls regelmäßig kräftig beschleunigt. Urin ist eiweißhaltig. Es werden von früh bis abends 735 ccm entleert. Allgemeinzustand durchaus befriedigend, so daß alle Hoffnung besteht, daß die Kranke nunmehr ihrer Genesung entgegengeht. Da trat unerwartet in der Nacht zum 10. VI. 07 eine Wendung zum Schlechten ein. Die Kranke verfiel einer Psychose mit Verwirrungszuständen und hochgradiger Exzitation. Die Temperatur ging in die

Digitized by Google

Höhe (39,1°) und der Puls stieg auf 148. In den ruhigen Intervallen liegt Patientin stumpf und scheinbar benommen da.

Am 11. VI. 07 derselbe Zustand. Temperatur bis 39,9°. Puls bis 158. Verbandwechsel und Lockerung der Tamponade. Die Wunden sehen gut aus. Die Urinmenge ist ausreichend. Leib etwas aufgetrieben, aber weich, kein Erbrechen, kein Aufstoßen.

12. VI. 07. Keine Besserung. Die psychotischen Aufregungsanfälle lassen nach. Patientin sieht verfallen aus, Temperatur 39,9°, Puls 160. Genitalbefund o. B.

13. VI. 07, vorm. 4 Uhr, Exitus letalis.

Aus dem Sektionsprotokoll ist folgendes bemerkenswert: Eine Peritonitis besteht nicht. Dagegen ist der Magen und ein zirka $^3/_4$ m langes Dünndarmschlingenkonvolut mit Blut erfüllt. Dasselbe stammt aus zwei zirka zehnpfennigstückgroßen Magengeschwüren. Die linke Niere ist vergrößert, von der Kapsel entblößt, deren Reste am Hilus hängen. Das Nierenparenchym befindet sich im Zustand der trüben Schwellung. Der ganze rechtsseitige Urogenitaltrakt fehlt. Es fehlt die Niere und der Ureter. Der Uterus hat nur links Anhänge, rechts nicht, er ist also nur einseitig entwickelt aus dem l. Müllerschen Gange. In der Harnblase findet sich nur eine Uretermündung zu dem allein vorhandenen linken Ureter gehörig. An Stelle des rechten Urogenitaltraktes findet sich nur ein eigentümliches strangartiges Gebilde, das in der Nierengegend mit einer Verdickung, die ganz einem Ovarium ähnlich sieht, endigt. Mikroskopisch erweist sich die Substanz dieses Körpers nur aus dichtem Bindegewebe zusammengesetzt, auch der von dem Collum ut. bis dahin führende federkieldicke Strang, der anfänglich als Ureter imponierte, ist ein solider Bindegewebsstrang, wie die mikroskopische Untersuchung verschiedener Stellen ergab.

An was ist nun die Kranke gestorben?

Betrachten wir den klinischen Verlauf und den Sektionsbefund, so müssen wir die Magenblutung als Grund ansprechen. Nachdem die Kranke sich von der Eklampsie wieder so gut erholt hatte, daß sie den Eindruck einer in voller Genesung stehenden Person erweckt hatte, stellten sich plötzlich am

Digitized by Google

dritten Tage nach der Operation die Zeichen des zunehmenden Verfalles mit hochsteigendem Pulse ein. Gleichzeitig allerdings begann die Kranke hoch zu fiebern, und es war die Frage offen, ob nicht eine Infektion dem ganzen Symptomkomplex zugrunde läge. Indessen war schon nach dem klinischen Verlauf und Befunde hinsichtlich Beschaffenheit der Unterleibsorgane und der Operationswunden kein Grund zu dieser Annahme vorhanden. Die Diagnose mußte zunächst offen bleiben und dies um so mehr, als das gleichzeitige Auftreten einer Psychose mit enormen Erregungszuständen das klinische Bild beherrschte und verdeckte. Erst die Sektion brachte uns die Erklärung für die klinisch nicht recht zu deutende Verschlimmerung und den schließlichen Tod. Wir müssen mangels jeder anderen plausiblen Todesursache die Magenblutung dafür ansprechen. Sie war so beträchtlich, daß sie nach Ansicht des Obduzenten, Herrn Professor Lesser, wohl imstande war, dem geschwächten Organismus den Rest zu geben. Nicht ganz aufgeklärt bleibt immer noch das hohe Fieber, das vom dritten Tage an nach der Operation das Krankheitsbild begleitete. Da nirgends entzündliche Erscheinungen, auch keinerlei auf eine Infektion hinweisende Momente zu finden waren, wird man sich mit einem non liquet zufrieden geben müssen, wenn man nicht die mit der Psychose verknüpften zentralen Störungen gleichzeitig als Quelle des Fiebers betrachten will. So unwahrscheinlich wäre das nicht, wenn man bedenkt, daß fast bei jeder Eklampsie Störungen der zentralen Wärmeregulierung vorkommen, die sich in Auftreten von Fieber äußern. Auch wäre an die Möglichkeit zu denken, daß das Fieber von den Magengeschwüren ausgegangen ist, obwohl dagegen in gewissem Sinne die Höhe des Fiebers spricht. Genug, soviel dürfte sicher sein, daß weder die Eklampsie noch die Operation unmittelbare Ursache des Todes gewesen sind.

Nun die Hauptsache, die Bewertung der Operation hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes: Leider ist es bei dem unglücklichen Ausgange des Falles nicht möglich, etwas Bestimmtes zu sagen. Aber es ist doch bemerkenswert, einfach die Tatsachen in ihrer Aufeinanderfolge sich noch einmal vor Augen zu halten: Schwerste Eklampsie, die die Kranke an den

Digitized by Google

Rand des Grabes brachte; nun Nierendekapsulation. Darauf sofortige Besserung sämtlicher Symptome und fortschreitende Besserung zwei Tage lang, so weit, daß die Kranke wieder bei vollem Bewußtsein war und gerettet schien, bis die eben besprochene und kritisierte Verschlimmerung auftrat. Man darf wohl daraus schließen, daß die Operation zum mindesten keinen schädigenden Einfluß geübt hat, daß vielmehr die darauf eingetretene Besserung wahrscheinlich im Kausalkonnex damit stand. Wir haben jedenfalls einen so guten Eindruck von dem Effekt der Operation gewonnen, daß ich nicht anstehen würde, gegebenenfalls dasselbe Verfahren zu wiederholen. Ich gehe, wie erwähnt, nicht so weit wie Gauß, die Nierenentkapselung gleich im Beginn jeder Eklampsie zu empfehlen, ohne vorher die üblichen Maßnahmen dagegen erschöpft zu haben. Das würde ich tun, wenn ich von der Ungefährlichkeit der Operation überzeugt wäre. Lehrt auch mein Fall und andere, daß keine schädigenden Einflüsse davon zu merken sind, so wissen wir doch von den Chirurgen und besonders von Edebohls selbst, daß die Nierendekapsulation an sich doch eine gewisse und zwar keine geringe Mortalität aufweist. Halten wir dazu die Tatsache, daß viele, auch schwere Eklampsien oft genug wider alles Erwarten ausheilen, so meine ich, ist der Zeitpunkt noch nicht gekommen, uns allzu sanguinisch dem operativen Heilverfahren hinzugeben. Wir müssen vorderhand uns darauf beschränken, durch vorsichtige Auswahl der Fälle unsere Erfahrungen zu bereichern, um später einmal wieder von der Sache zu sprechen. Vielleicht wird es dann möglich sein, auf Grund reicherer Erfahrung die Ansichten über den Wert der Nierendekapsulation bei Eklampsie bestimmter zu formulieren und zu begründen.

II. Der suprasymphysäre Kaiserschnitt.

Die Bestrebungen, den Kaiserschnitt zu einer extraperitonealen Operation zu gestalten, um die Bauchhöhle vor dem ausfließenden Uterusinhalt zu bewahren und damit die Gefahr der Peritonitis hintanzuhalten, sind nicht neu. Ich erinnere nur an die Gastroelytrotomie. Sie haben aber keine praktischen Erfolge gezeitigt. Neuerdings hat Frank (Arch. f. Gyn.

Digitized by Google

Bd. 81, S. 46) den Gedanken wieder aufgenommen und, wie es scheint, mit mehr Glück als seine Vorgänger. Die Idee dabei ist die, den Uterus freizulegen und vor seiner Eröffnung die zu inzidierende Partie durch zirkuläre Vernähung mit der Bauchwand resp. deren Peritoneum von der übrigen Bauchhöhle abzuschließen. Das ist aber praktisch nur an der Stelle des Uterus ausführbar, wo er mit verschieblichem Bauchfell überzogen ist, d. i. in seiner unteren Partie dicht über dem vorderen Douglas. Er durchschneidet die Bauchwand zwei Querfinger über d. Symph. quer. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird das am Uterus locker sitzende Bauchfell ebenfalls quer durchtrennt, von seiner Unterlage (dem Uterus) eine Strecke weit abgetrennt und mit den parietalen Bauchfellwundrändern vernäht. Es liegt nunmehr in der Tiefe der querverlaufenden Wunde die Wand des unteren Uterinsegmentes nackt zutage, allseitig von der Bauchhöhle durch Naht abgeschlossen. Die Uteruswand wird nunmehr ebenfalls quer durchtrennt und durch die so gesetzte Öffnung der Uterusinhalt entleert. Man muß zugeben, daß der Operationsplan gut ausgedacht ist und von vornherein recht vielversprechend erscheint, den beabsichtigten Zweck zu erreichen, nämlich die Bauchhöhle vor Verunreinigung mit Uterusinhalt sicher zu bewahren. Ist dem aber wirklich so, dann weitet sich mit einem Male die bisher uns so sehr beengende Indikationsschranke für den Kaiserschnitt, dann braucht man keine Bedenken mehr zu tragen, auch bei suspektem oder nachweislich nicht mehr aseptischem Uterusinhalt die Entbindung, von oben zu wagen. Diese Schlußfolgerung zieht auch Frank und mit ihm Veit (Monatsschrift f. Geburtshilfe Bd. XXVI, Heft 1), indem sie beide die suprasymphysäre Entbindung, wie sie Frank nennt, für alle diejenigen Fälle am Platze halten, in denen der klassische Kaiserschnitt wegen drohender Bauchfellinfektion nicht gemacht werden darf. Die Erfahrungen, die diese Empfehlung stützen, gründen sich bei Frank auf 13 Fälle, bei Veit auf zwei Fälle. Sämtliche Fälle sind genesen. Ob noch von anderer Seite diese Operation ausgeführt worden ist, darüber bringt die Literatur nichts. Genug, die publizierten praktischen Erfolge und die sehr einleuchtende theoretische Begründung derselben brachten bei mir den Ent-

Digitized by Google

schluß zur Reife, bei passender Gelegenheit es auch einmal mit dem Frankschen Kaiserschnitte zu versuchen. Sie fand sich bald bei zwei Fällen.

Der erste Fall betrifft die erstgebärende 23jährige F. mit plattem B. (c. d. 9, Vera 7,7 nach Zweifel-Bylicki). Die Blase war vorzeitig gesprungen und es trat Fieber auf. Der Kopf vermochte trotz guter Wehen nicht in den B. E. einzudringen. Nachdem die Geburt 41 Stunden gedauert hatte und spontaner Verlauf ausgeschlossen erschien, wurde die künstliche Entbindung beschlossen. Das Fruchtwasser hatte inzwischen einen üblen Geruch angenommen. Deswegen wurde vom klassischen Kaiserschnitt und von einer beckenerweiternden Operation Abstand genommen und dafür, da das Kind lebte, der suprasymphysäre Kaiserschnitt am 30. VIII. 07 ausgeführt.

Die Technik der Operation gestaltete sich recht einfach in der angegebenen Weise. Ich komme auf Einzelfragen der Technik noch zurück. Einige Schwierigkeiten machte die Entwickelung des Kopfes. Offenbar war die Inzisionsöffnung im Uterus für den umfangreichen Kopf etwas knapp ausgefallen. Es gelang erst durch kombinierten Druck von der Scheide und vom Fundus uteri her, den Kopf zu entwickeln. Das Kind wog 3320 g, war 51 cm lang und schrie gleich.

Nun wurde Uterus und Bauchwand jedes für sich vernäht und die zwischen beiden bestehende Wundhöhle durch Jodoformgazestreifen ausgestopft, die zu den beiden seitlichen Wundwinkeln der Bauchwunde herausgeleitet wurden.

Der Eindruck, den der Verlauf der Operation auf die Anwesenden ausübte, war sehr günstig, so daß wir unter dem befriedigenden Eindruck standen, in dem suprasymphysären Kaiserschnitt eine wertvolle, der Wiederholung entschieden werte Bereicherung des operativen Entbindungsverfahrens zu besitzen. Auch der weitere Verlauf vermochte den günstigen Eindruck nicht zu trüben. Im Gegenteil, die Operationswunde begann zwar zu eitern und ein höchst übelriechendes Sekret abzusondern, es kam auch zu teilweiser Fasziennekrose, ein Beweis dafür, daß sie mit recht virulentem Material infiziert war; trotzdem war der Verlauf recht günstig. Die Temperatur

Digitized by Google

war nur vorübergehend und wenig erhöht, das Allgemeinbefinden immer ausgezeichnet. Wir waren froh, die Wundhöhle dräniert und nicht verschlossen zu haben, wie es Veit vorschlägt. Es ist wohl sicher, daß dann das zerstörende Werk der Infektionskeime sich nach innen gewendet und nicht zu berechnendes Unheil angerichtet hätte. So aber heilte die Wundhöhle unter Eiterung, ohne die Kranke wesentlich zu schädigen, allmählich zu. Nach vier Wochen war sie geschlossen und die Wöchnerin konnte gesund mit gesundem Kinde entlassen werden. Dabei zeigte sich der Uterus mit der Zervix nach vorn fixiert durch die feste ausgiebige Narbe, die sich an Stelle der Wundhöhle etabliert hatte. Das Corpus uteri lag infolgedessen retrovertiert. Dies war der einzige Nachteil, der augenblicklich von der Operation zurückgeblieben war.

Der zweite Fall wurde am 2. X. 1907 operiert. Die Indikation war dieselbe wie im vorigen Fall. Rhachitisch-plattes B. (cj. d .10½), in das der Kopf nach über zweimal 24stündigem Kreißen einzudringen nicht imstande war. Er befand sich in mäßiger Hinterscheitelbeineinstellung. Die Temperatur war sechs Stunden nach dem Blasensprung bei handtellergroßem Muttermund auf 38,6 gestiegen. Das Fruchtwasser roch schon übel, das Kind lebte. Spontaner Verlauf erschien nach dem langen Zuwarten bei kräftiger Wehentätigkeit ausgeschlossen. Daher wurde die künstliche Entbindung und zwar durch den suprasymph. Kaiserschnitt beschlossen. Sie wurde etwa acht Stunden nach dem Blasensprung in der angegebenen Weise ausgeführt. Ein Unterschied gegen den ersten Fall bestand darin, daß die Blase sehr hoch an der vorderen Bauchwand in die Höhe reichte, so daß die Blase erst nach abwärts geschoben werden mußte, ehe der vordere Douglas erreicht wurde. Nach Abschluß der Bauchhöhle durch Peritonealnaht wurde der Uterus inzidiert.

Auch hierbei ging der Kopf sehr schwer, noch schwerer als im ersten Fall, durch die Kaiserschnittwunde hindurch, obwohl die Inzision recht breit bis an die Seitenkanten des Uterus angelegt war. Bei den Manipulationen zur Herausbeförderung des Kopfes riß teilweise die abschließende Perito-

Digitized by Google

nealnaht. Sie wurde zwar gleich wieder ergänzt, aber inzwischen war doch schon der übelriechende, aus dem Uterus dringende Brei in unheilvolle Berührung mit der Bauchhöhle gekommen. Die Frau erlag am dritten Wochenbettstage einer Peritonitis, die vielleicht auf dieses unglückliche Ereignis zurückzuführen ist. Oder sollte der Uterusinhalt so infektiös gewesen sein, daß er unabhängig von der Operation und auch ohne diese zu einer tödlichen puerperalen Peritonitis führen mußte? Das wird sich nachträglich nicht entscheiden lassen. Wohl aber läßt sich sagen, daß weder bei der einen noch bei der anderen Annahme in dem unglücklichen Ausgang ein Argument gegen die Berechtigung der Operation vorliegt. Es besteht aber noch eine dritte Möglichkeit, nämlich die, daß der hochvirulente Uterusinhalt nicht in die Bauchhöhle gelangt ist, auch sich nicht auf dem Lymph- oder Blutwege vom Uterus aus weiter verbreitet hat, sondern daß er von der Operationswunde aus direkt ins Parametrium eindringend, eine tödliche Beckenphlegmone erzeugt hat. Der Zugang ins Parametrium ist etwaigen Wundkeimen durch die Operation entschieden erleichtert, da es ja nach Durchschneidung des am Uterus locker sitzenden Peritoneums direkt bloßgelegt wird. Außerdem ist durch Abschieben der Blase das Beckenbindegewebe breit eröffnet worden. Das wäre ein schwacher Punkt der Operation und geeignet, die scheinbar unbegrenzte Indikationsstellung wesentlich einzuschränken. Und in der Tat fand sich bei der Sektion eine ganz enorme Phlegmone des Beckenbindegewebes. Es ist sehr wahrscheinlich, daß dieselbe von der Operationswunde und nicht vom Uterusinnern ausgegangen ist. Vielleicht wäre sie z. B. bei Perforation des Kindes nicht entstanden. Diese Betrachtung an der Hand des Sektionsbefundes muß uns doch einige Bedenken auferlegen, den rettenden Effekt des suprasymphysären Kaiserschnittes so hoch einzuschätzen, wie es Frank tut. Wir werden es uns sehr überlegen müssen, ob wir bei offenkundig infizierten Gebärenden dem suprasymphysären Kaiserschnitt oder einem anderen Verfahren den Vorzug geben, das weniger neue Eingangspforten für die Infektionsträger schafft. Maßgebend wird dabei natürlich unsere jeweilige Auffassung von der

Digitized by Google

Virulenz der Infektionsträger sein. Ich würde bis auf weiteres den suprasymphysären Kaiserschnitt nur dann als willkommenen Ausweg zur Rettung des Kindes ohne wesentliche Gefährdung der Mutter ansehen, wenn es sich um einen sozusagen nur zweifelhaften Uterusinhalt handelte. Bei jeder offenkundigen schwereren Infektion aber würde ich im Interesse der Mutter jedes andere schonendere Verfahren, und sei es die Perforation des lebenden Kindes, vorziehen. Natürlich liegt in dieser Indikationsstellung sehr viel Subjektives; aber da es kaum einen anderen Ausweg gibt, im besonderen bakteriologische Untersuchungen des Uterusinhaltes zurzeit nicht die wünschenswerte Entscheidung versprechen — wir können selbst gefundenen Streptokokken ihren Virulenzgrad nicht ansehen — so muß eben bis auf weiteres die subjektive Bewertung jedes Falles die Entscheidung treffen. Unter sämtlichen Fällen Franks finde ich auch keinen einzigen, der die Zeichen schwererer Infektion gezeigt hätte, auch Veit berichtet nichts Genaueres über den Zustand der von ihm operierten Frauen, so daß mein Fall der erste zu sein scheint, der im Zustande intensiverer Infektion des Uterusinhaltes operiert worden ist. Er spricht eine warnende Sprache, mit der neuen Operation zu weit zu gehen. Indessen ist es nur ein Fall, der wenig beweist, zumal in Anbetracht des technischen Fehlers, der ihm anhaftet. Ich muß auch hier auf die Erfahrungen der Zukunft verweisen, ob meine theoretischen Erwägungen Recht behalten werden oder nicht. Im ganzen darf ich wohl sagen, scheint mir die Operation für ausgesuchte Fälle in dem ausgeführten Sinne recht vielversprechend zu sein.

Nebenbei hat die Sektion des zuletzt erwähnten Falles ein interessantes anatomisches Präparat gezeitigt. Uterus und Scheide zeigten teilweise Verdoppelung, und nur die linke Hälfte des Uterus war geschwängert. Das sagittale Septum im Uterus reichte nicht ganz bis zum inneren Mm. herab. Die rechte ungeschwängerte Uterushälfte enthielt Dezidua. Das ebenfalls sagittale Scheidenseptum spannte sich im oberen Drittel der Scheide von der vorderen zur hinteren Wand als ziemlich kräftige Membran. Ihr oberer Rand reichte nicht bis

Digitized by Google

an die einfache Portio heran, ihr unterer Rand lag etwa auf der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel der Scheide. Dieses Scheidenseptum war schon intra partum diagnostiziert. Es bildete zur Zeit der Operation noch kein Geburtshindernis. Ferner war an dem Präparat interessant, die Lage des Uterus-

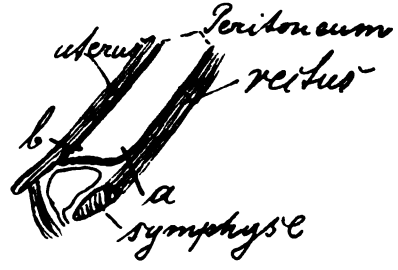

Abb. 1.

schnittes zu sehen. Er lag etwa fingerbreit unterhalb des inneren Mm. Ich hätte ihn höher vermutet.

Hinsichtlich der Technik möchte ich folgendes bemerken: Es gibt zwei Modalitäten im Aufsuchen und Finden des unteren

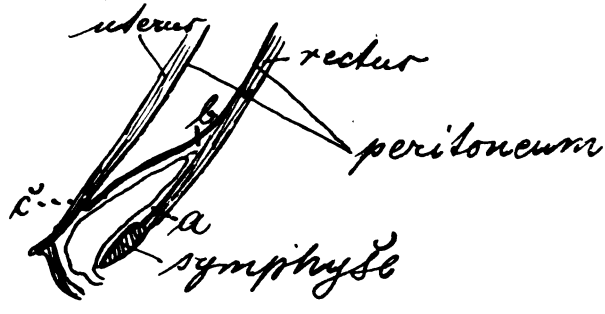

Abb. 2.

Uterinsegments, je nachdem die Blase hoch oder nicht hoch an der vorderen Bauchwand hinaufreicht. In der Minderzahl der Fälle, so berichtet Frank, soll man nach der Durchtrennung der Bauchwand samt Peritoneum parietale über der Blase in die Bauchhöhle gelangen. So war es in unserem ersten Falle, s. Abb. 1. Das Vorgehen gestaltet sich dann recht ein-

Digitized by Google

fach. Man durchschneidet bei a und anschließend daran bei b. Die Schnittwunde a und b des Bauchfells werden vernäht und auf diese Weise der Grund des vorderen Douglas nach oben verlegt, man operiert dann extraperitoneal unterhalb der neuen Umschlagsstelle des Periton. viscer. auf das Perit. parietale. Anders, wenn die Blase hoch hinaufreicht, wie in unserem zweiten Falle, s. Abb. 2. Man gelangt dann nicht nach Durchtrennung der Bauchwand bei a in die Bauchhöhle, sondern in den prävesikalen Raum. Um in den vorderen Douglas zu kommen, muß man einen Umweg über die hochgezogene Blasenkuppe hinweg nehmen. Entweder geht man im prävesikalen Raum bis zur Kuppe der Blase empor, durchtrennt dann das Periton. pariet. bei b und steigt von dort zur Umschlagsstelle hinab,

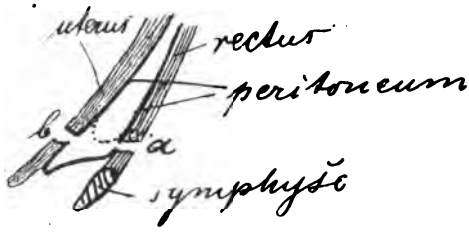

Abb. 3.

um dann in gewöhnlicher Weise in den Uterus einzudringen, oder man geht von b aus extraperitoneal an der Rückwand der Blase, also zwischen dieser und ihrem Peritonealüberzuge, bis unter die Umschlagsstelle c und dringt von dort aus, ohne die Bauchhöhle eröffnet zu haben, in den Uterus. Ich habe den ersteren Weg gewählt, weil er technisch einfacher ist. Der andere Weg hat den großen Vorzug, daß man während der ganzen Operation extraperitoneal bleibt, dafür aber den Nachteil, daß die Blase ihres ganzen Peritonealüberzuges beraubt wird. Ob das gleichgiltig für die Blase ist, ist zweifelhaft, und darum war dies der zweite Grund für mich, den ersteren Modus des Vordringens zum Uterus zu wählen.

Ein anderer Punkt, der zu denken gibt, ist der: Wie erwähnt, wird der peritoneale Abschluß der Bauchhöhle vor Eröffnung des Uterus durch Höherlegen des vorderen Douglas

Digitized by Google

erzielt. Der ursprüngliche Grund der Peritonealtasche, die zwischen Uterus und vorderer Bauchwand bezw. Blase liegt, wird von der Bauchhöhle ausgeschaltet. Nähe ich die Bauchwunde a (Abb. 3) und die Uteruswunde b wieder zu, so entsteht ein mit Peritoneum ausgekleideter Hohlraum, gewissermaßen eine Peritonealzyste in Gestalt einer von rechts nach links über der Blase liegenden Röhre, denn man muß bedenken, daß in Wirklichkeit a der Abb. 3 dicht an b liegt.

Was wird daraus? Die Frage ist wichtig, wenigstens solange keine Erfahrungen darüber vorliegen. Davon wird die Versorgung und Nachbehandlung der Wunde abhängen. Veit allein hat in seinen zwei Fällen die Bauchwand ohne Dränage geschlossen, berichtet aber nichts über das Endschicksal dieses Hohlraumes. Es wäre doch sehr leicht möglich, daß seine Peritoneumauskleidung zu Flüssigkeitsabsonderung und somit zur Bildung einer bleibenden Zyste führt, die sich in verschiedener Weise unangenehm bemerkbar machen könnte. Vielleicht aber wird das resezierte und in der Operationswunde zurückgelassene Stück Peritoneum resorbiert, etwa wie Katgut, oder es verklebt zu einem bindegewebigen Strange, der zum Bestandteil der sich bildenden Narbe wird. In diesen zwei Fällen könnte man die Bauchwunde ruhig schließen, wie es Veit getan hat, Asepsis der Operationswunde vorausgesetzt. Meist aber wird man die Wunde offen halten, schon mit Rücksicht auf den suspekten Uterusinhalt, um dessentwillen gerade diese Operation ausgeführt wurde. Was geschieht dann mit dem Peritoneallappen? Es ist ein Unterschied, ob er befähigt ist, einzuheilen, oder ob er dem Tode, der Nekrose verfallen ist. In letzterem Falle wäre es richtiger, ihn von vornherein zu entfernen resp. danach zu streben, durch ein extraperitoneales, nicht transperitoneales Vorgehen, wie ich es bei hochgezogener Blase geschildert habe, überhaupt keine Resektion von Bauchfell vorzunehmen. Hierüber müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden.

Wenn man sich für Dränage der Wunde entscheidet, wofür ich aus angeführten Gründen zunächst plädieren möchte, so bleibt zu erörtern, wohin diese zu leiten ist, nach außen, nach der Uterushöhle und Scheide oder nach beiden Seiten zu-

Digitized by Google

gleich. Ich habe den Uterus geschlossen und nach außen dräniert. Es ist doch wichtig, daß die Uteruswunde wieder geschlossen wird. Wir wissen noch nicht, wie sich die Narbe bei späteren Schwangerschaften bewähren wird. So viel aber wissen wir doch, daß eine sorgfältig genähte Wunde eine festere Narbe gibt als eine per secundam int. verheilte. Daher erscheint es mir von vornherein richtig, den Uterus zu vernähen, so daß der gegebene Weg für die Dränage derjenige durch die Bauchdecken ist. Außerdem ist auf diese Weise die Nachbehandlung zweifellos leichter und sachgemäßer durchzuführen und schließlich wird durch Abschluß der Uterushöhle mit ihrem suspekten Inhalt die Möglichkeit fortgesetzter Infektion des Operationsgebietes ausgeschaltet.

III. Behandlung der Osteomalazie mit Adrenalin.

Zu Anfang dieses Jahres brachte bekanntlich Bossi im C.-Bl. für Gyn., Nr. 3 und 6, die sensationelle Mitteilung, daß es ihm in zwei Fällen geglückt sei, durch Adrenalininjektionen die Osteomalazie zu heilen. Die mitgeteilten Erfolge waren frappierend, besonders in dem ersten Falle, wo schon nach den ersten Einspritzungen die schwer osteomalazisch erkrankte Frau die freie Beweglichkeit ihrer Glieder wieder erlangt hatte. Deswegen nahm ich Gelegenheit, in dem ersten sich darbietenden Falle das Verfahren Bossi nachzuprüfen. Das geschah am 12. III. 07. Es handelte sich um eine 28jährige Vp. Die erste und zweite Geburt war spontan verlaufen, doch litt die Frau danach an Knochenschmerzen und behinderter Gehfähigkeit. Sie wurde auch kleiner. Die dritte Schwangerschaft endete mit einem Abort von drei Monaten, ohne irgendwelche nachfolgende Beschwerden. Das vierte ausgetragene Kind wurde perforiert. Nach dem Wochenbett mußte die Frau von neuem laufen lernen und erlangte erst nach Monaten die Gehfähigkeit wieder. Bei der Aufnahme befand sie sich im sechsten Schwangerschaftsmonat. Sie war eine sehr elende, kleine, nur 135 cm große Frau mit starker Kyphoskoliose. Das Gehen war stark behindert, die Knochen, besonders diejenigen des Rumpfes, stark druckempfindlich. Die Hüftbeine federten etwas beim Druck auf dieselben. Die

Digitized by Google

Untersuchung des Beckens gab die für Osteomalazie charakteristische Formenveränderung. Es wurde beschlossen, das Ende der Schwangerschaft abzuwarten und dann das aus der Situation sich ergebende Notwendige zu tun, voraussichtlich Sectio caesarea mit sich anschließender Kastration. Vorher aber sollte ein Versuch mit Nebennierenextrakt gemacht werden. Als solches wurde das bei uns gerade vorhandene Höchster Suprarenin 1 : 1000 verwendet. Es wurde von diesem Präparat der Kranken täglich 0,5, 1 bis 2, auch 3 ccm subkutan injiziert, im ganzen in den ersten sieben Tagen (12. bis 19. III.) 15 ccm. An Nebenerscheinungen zeigten sich nach der dritten Injektion allgemeines Unwohlsein und Ansteigen des Pulses bis auf 120, außerdem Schmerzen an der Injektionsstelle. Das Unwohlsein ging bald vorüber, dagegen bestand die Pulsbeschleunigung fort. Eine Besserung der osteomalazischen Erscheinungen war noch nicht zu merken.

Vom 19. III. bis 31. III. wurde Adrenalin 1 : 1000 eingespritzt und zwar gewöhnlich einmal täglich 1 ccm, im ganzen 14 ccm. Nebenerscheinungen traten dabei, abgesehen von erhöhter Pulszahl bis 100, nicht auf. Nach einer Pause von fünf Tagen wurden die Injektionen wieder aufgenommen und vom 6. IV. bis 11. IV. 12 ccm Adrenalin eingespritzt. Es waren also im ganzen vom 12. III. bis 11. IV. 07, d. h. in 30 Tagen, 41 ccm Nebennierenextrakt in der Konzentration von 1 : 1000 subkutan verabfolgt worden.

Der Erfolg der Kur war nunmehr eine entschiedene Besserung des Krankheitsbildes. Es wurde damals protokolliert: „Der Allgemeinzustand sehr befriedigend. Gehfähigkeit sehr gebessert. Die Frau läuft, sitzt, bewegt sich anscheinend ohne besondere Beschwerden, doch klagt sie noch über Schmerzen in den Knochen. Die Leibesfunktionen in Ordnung. Gewichtszunahme 1,5 kg. Die Beckenbeschaffenheit unverändert."

Die Kranke wurde mit Phosphorlebertran und der Weisung entlassen, sofort wiederzukommen, sobald eine Verschlimmerung einträte.

Dies geschah am 25. V. 07, also sechs Wochen später. Die Kranke hatte wieder mehr Schmerzen und konnte wieder

Digitized by Google

schlechter gehen. Eine wesentliche Veränderung in der Skelettform war nicht zu beobachten.

Es wurde Adrenalin eingespritzt und zwar täglich zweimal 1 ccm, im ganzen vom 28. V. bis 4.VI. 07 16 ccm. Der Erfolg war diesmal gleich Null, es scheint sogar, als ob der Gang mühsamer geworden sei als zuvor. Eine Beschleunigung des Pulses war in dieser Kurperiode nur einmal bis auf 108 zu beobachten. Sonst war der Puls normal. Auch traten keinerlei andere Nebenerscheinungen auf.

Vier Tage später setzten Wehen ein. Die Frau wurde durch Kaiserschnitt entbunden und gleichzeitig kastriert. Das Ende war das bereits anderwärts*) mitgeteilte traurige, indem die mit Katgut ausgeführte Uterusnaht aufging und die Frau einer Peritonitis erlag. Auf diese Weise bin ich in Besitz des Beckens gekommen. Die große Leichtigkeit desselben und morsche Beschaffenheit sowie die starke Formveränderung charakterisieren einen hohen Grad der stattgehabten osteomalazischen Osteoporose.

Die Schlußfolgerungen aus diesem Falle sind schnell gezogen. Wir haben zwei Behandlungsperioden: Eine 30tägige mit 41 ccm Einspritzungen und eine 8tägige mit 16ccm. In der ersten war eine offenkundige Besserung eingetreten. Nachdem mit Aussetzen der Kur wieder der alte Zustand Platz gegriffen hatte, blieben 16 neue Einspritzungen während acht Tagen ohne jeden Erfolg.

Das ist der Erfahrung Bossis gegenüber sehr wenig, aber immerhin doch etwas im Vergleich zu der Erfahrung v. Velits, der keine Spur von Erfolg gesehen hat. Vielleicht war unsere zweite Behandlungsperiode zu kurz. Das muß man annehmen, wenn man den allerneuesten Bericht Bossis im 83. Bd. des Arch. f. Geb. u. Gyn. liest. Er hat die Kur bis drei Monate fortgesetzt und in dieser Zeit 93 ccm eingespritzt. Außer seinen beiden ersten Fällen veröffentlicht Bossi in dieser jüngsten Arbeit zwei weitere eigene Fälle und je zwei von Tanturri und Gotelli, die alle von einem auffallenden Erfolge der Nebennierenextraktbehandlung zeugen. Es stehen

*) Gyn. Gesellschaft in Breslau, 25. Juni 1907.

Digitized by Google

somit bis jetzt zehn Fälle mit ganzem oder teilweisem Erfolge gegenüber zwei erfolglosen v. Velits. Danach allein wäre es vielleicht nicht voreilig zu schließen, daß das Nebennierenextrakt imstande ist, den degenerativen Knochenprozeß bei der Osteomalazie aufzuhalten, ja sogar zu bessern. Man wird in dieser Annahme bestärkt, wenn man die experimentellen Untersuchungen Bossis verfolgt, die er an Schafen durch Entfernung einer Nebenniere vorgenommen hat.

Darf man den Röntgenbildern vertrauen — und es ist kein Grund vorhanden, es nicht zu tun —, so ist es klar, daß das Fehlen der Nebennieren die Knochen in einen den Weichteilen ähnlicheren Zustand versetzt. Sie werden von den Strahlen so durchdrungen, daß man auf einen Schwund der Knochensubstanz schließen muß. Umgekehrt lehren die Röntgenaufnahmen seiner osteomalazischen Frauen, daß die Verabreichung von Nebennierenextrakt die Knochenschatten kräftiger hervortreten läßt, mit anderen Worten zu einer Verdichtung der Knochensubstanz in den kranken Knochen führt. Diese klinischen und experimentellen Erfolge sind dazu angetan, die Adrenalinbehandlung der Osteomalazie als erfolgversprechend weiter zu üben.

Noch ein Wort über die Dosierung des Adrenalins. Adrenalin galt bisher als eine höchst giftige Substanz, deren Einzeldosis ein bis drei Zehntelmilligramm nicht überschreiten soll. Es mußte daher befremden, daß Bossi ohne weiteres mit der zehnfachen Dosis seine Versuche begann. Wir haben uns deswegen schriftlich an Bossi mit der Bitte um Auskunft darüber gewandt, uns seine Angaben als richtig zu bestätigen. Er tat es in liebenswürdiger Weise, und somit trugen wir keine Bedenken, ebenfalls die hohen Dosen anzuwenden. Nach den Angaben in der Literatur bestehen die Vergiftungserscheinungen des Adrenalins in Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Beängstigungen, Zittern etc. Wir haben, wie erwähnt, relativ wenig davon gesehen. Immerhin wird Vorsicht angezeigt sein, um beim Auftreten übler Nebenerscheinungen sofort mit dem Mittel auszusetzen. Nicht nur v. Velits, sondern auch Bossi selbst berichtet über den ungünstigen Einfluß gesteigerter Adrenalindosen auf das Herz

Digitized by Google

und Nervensystem. Er rät dann auszusetzen, um nach Verschwinden derselben erst wieder mit den Einspritzungen zu beginnen.

Einer Aufklärung bedürfen noch die von Neu zitierten (C.-Bl. f. Gyn. 1907, Nr. 38) und von ihm selbst bestätigten Untersuchungen von Schäfer, Kurdinowski, Kehrer, wonach das Adrenalin bezw. das Nebennierenextrakt Wehen auslöst. Dieser Effekt ist bei keiner mit Adrenalin behandelten Frau bisher beobachtet worden. Die Vermutung Neus, daß es sich bei den hohen Dosen um ein Überschreiten der Reizschwelle, um eine Vergiftung und Ermüdung des Gebärmuttermuskels handele, bleibt vorläufig eine Hypothese.

Digitized by Google

Uber

Parametritis posterior und ihre Behandlung.

Von

M. Graefe in Halle a. S.*)

Der Altmeister der Gynäkologie, B. S. Schultze, hat s. Z. den Douglasschen Falten bezw. den Mm. recto-uterinis und den elastischen Gebilden, welche sie bergen, eine wesentliche Rolle für die Erhaltung des Uterus in Anteflexio bezw. Anteversio zugesprochen. Er schreibt**): „Der Verlust der hinteren Fixation ist es ganz besonders, der das Zustandekommen der Rückwärtsbewegung des Fundus uteri im Gefolge hat."

Vorübergehend hat diese Ansicht dazu Veranlassung gegeben, durch operative Verkürzung der Douglasschen Falten eine Heilung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter zu versuchen (Frommel, Saenger). Man hat diese Methode aber bald wieder verlassen.

Schultze selbst hat, wie wir aus einer Arbeit Ziegenspecks***) erfahren, auf Grund sorgfältiger Untersuchungen des letzteren die fragliche Hypothese über die Bedeutung der Douglasschen Falten für die Entstehung der Retroflexio uteri aufgegeben, zum mindesten eingeschränkt. Ziegenspeck erklärt die Retroflexion durch Erschlaffung der Douglasschen Falten für sehr selten. Er hat sie, obwohl er eine lange Reihe von Jahren sein Augenmerk auf dies ätiologische Moment gerichtet hat, nie gefunden.

*) Nach einem in der Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig gehaltenen Vortrag.

**) Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. A. Hirschwald. 1881. S. 132.

***) Die Bedeutung der Douglasschen Falten für die Lage des Uterus. Deutsche Ärztezeitung, 1901, S. 313.

Digitized by Google

Wer sich gewöhnt hat, bei jeder gynäkologischen Untersuchung die Douglasschen Falten abzutasten, wird darüber nicht im Zweifel sein, daß ihnen die früher von B. S. Schultze zugesprochene Aufgabe nicht zukommen kann. Sind sie normal, so fühlt man sie, besonders in ihrem weiteren, hinteren Verlauf, nur als schwache, dünne Stränge, welche seitlich schon vor oder neben dem Rektum verschwinden, jedenfalls sich nicht bis zum Kreuzbein verfolgen lassen. Es entspricht das dem Ausstrahlen der spärlichen, von Luschka als Retractores uteri bezeichneten Muskelbündel. Nicht selten treten sie erst wie dünne Saiten hervor, wenn man die Portio vag. nach vorn zieht. In normalem Zustand sind sie weder auf Druck, noch wenn man sie in der eben angegebenen Weise anspannt, empfindlich. Ist dies der Fall, fühlt sie der tastende Finger als mehr minder dicke Stränge, die häufig verkürzt sind, so sind sie krankhaft verändert.

B. S. Schultze*) hat diese Erkrankung zuerst sowohl bezüglich ihrer pathologisch-anatomischen Verhältnisse wie ihrer Erscheinungen eingehend beschrieben. Seine Parametritis posterior deckt sich z. T. mit der „zirkumskripten Form der chronischen atrophierenden Parametritis" W. A. Freunds**), welche er in seinem bekannten, groß angelegten Aufsatz: „Das Bindegewebe im weiblichen Becken und seine pathologischen Veränderungen etc." erörtert. Denn diese beschränkt sich nicht nur auf die Douglasschen Falten, sondern kann auch primär als chronische Parazystitis von Ulzerationen der Blase ausgehen.

Obwohl Jahrzehnte vergangen sind, seitdem diese beiden grundlegenden Arbeiten über Parametritis posterior erschienen sind, hat die letztere, zumal seitens der Praktiker, doch nicht die Würdigung gefunden, die sie verdient. Ist sie doch viel häufiger, wie man gewöhnlich annimmt. Ihre Nichtbeachtung führt nicht selten zu einer fehlerhaften Diagnose und damit auch zu einer falschen Behandlung vorhandener Unterleibsbeschwerden!

*) Arch. f. Gyn., Bd. VIII, S. 234.
**) Gynäkolog. Klinik, Bd. I, S. 239.

Digitized by Google

Ätiologie.

Die Parametritis posterior kann einen dreifachen Ausgangspunkt haben. Die gewöhnliche seitliche Parametritis, welche meist einer puerperalen, seltener einer Infektion außerhalb des Wochenbettes ihre Entstehung verdankt, kann auf die Douglasschen Falten übergreifen. Häufig scheint dies nicht der Fall zu sein. Unter 59 Fällen, welche ich im Laufe der letzten 3½ Jahre behandelt habe, fanden sich nur 5, bei denen die Anamnese ergab, daß das letzte Wochenbett fieberhaft verlaufen war und die Kranken zu mehrwöchiger Bettruhe gezwungen hatte. Genaueres über die Art der Erkrankung ließ sich nicht feststellen, ebensowenig Residuen einer exsudativen Parametritis in Gestalt von Exsudatresten oder narbigen Schrumpfungen eines Lig. latum. Da es sich aber bei sich über Wochen hinziehenden, fieberhaften Puerperalerkrankungen (abgesehen von Pyämie, deren Verlauf aber so charakteristisch ist, daß man sie, selbst nur auf die Mitteilungen der Patienten angewiesen, sicher richtig diagnostizieren kann) meist um parametritische Entzündungsprozesse handelt, so ist in diesen Fällen der Zusammenhang der Parametritis post. mit einem solchen nicht ausgeschlossen. Andererseits habe ich wiederholt Gelegenheit gehabt, bei Kranken parametritische Exsudate durch Resorption oder Durchbruch oder operative Eröffnung ausheilen zu sehen, eine Parametritis post. aber in der Folge nicht feststellen können.

Ein zweiter Ausgangspunkt der Parametritis post. kann das Rektum sein. B. S. Schultze*) sieht in Muskelerschlaffung, Anhäufung und Durchgang sehr voluminöser Fäzes eine rein mechanische, durch Zerrung der Douglasschen Falten gegebene Ursache der Parametritis posterior.

W. A. Freund**) sagt:

„Im Mastdarm sind es die von Dysenterien oder von einfachen katarrhalischen follikulären Entzündungen herrührenden Ulzerationen, an welche sich zirkumskripte chronische Beckenzellgewebsentzündungen anschließen. Diese Ulzerationen sitzen am häufigsten in der Höhe des

*) a. a. O., S. 153.
**) a. a. O., S. 240.

Digitized by Google

Spinkter tertius oberhalb der Querfalte der Schleimhaut an der vorderen Wand",

und weiter*):

„In einer den topographischen Verhältnissen entsprechenden Weise entwickeln sich die chronisch entzündlichen Prozesse bei den oben angegebenen ulzerösen Vorgängen des Rektums in der Nachbarschaft desselben. Hier folgen die Narbenzüge vorzugsweise dem Laufe der Douglasschen Falten mit den Fasern des retractor uteri einerseits nach vorn gegen die seitliche, hintere Zervixwand, andererseits nach hinten seitlich gegen das Kreuzbein. Die betroffene Partie des Rektums ist dicker, weniger verschieblich, speziell erscheint die Schleimhaut auf der Unterlage fester adhärent. Auf derselben findet man entweder noch bestehende follikuläre Ulzerationen oder Narben geheilter. Die letzteren haben ein hellgraues oder schiefriges Ansehen und sind von erweiterten Blutgefäßen umgeben. Während diese Partie des Darmrohres etwas enger erscheint, ist die unmittelbar über derselben gelegene in verschiedener Ausdehnung immer sehr bemerklich erweitert und zeigt an der katarrhalischen, hier und da follikulär ulzerierten Schleimhaut und an der hypertrophischen Muskulatur die Folgen der Fäkalstauung. Die Darmmuskulatur der engeren Partie ist durch breite Bindegewebspartien auseinander gedrängt und erscheint in dünnen, spärlichen Zügen; unmittelbar an dieselbe schließt sich das narbige paraproktale Bindegewebe an, welches in einem Bogen von der kranken Seite des Rektums ausstrahlt und dieses mitsamt der herangezogenen Zervix lateralwärts und nach hinten wie in einem Gewölbezwickel an dem Kreuzbein fixiert. Abwärts lassen sich die Narbenpartien bis über das seitliche hintere Scheidengewölbe verfolgen. Die hintere Grenzlinie der normalen, derberen Bindegewebsausstrahlung in der Basis des lig. latum ist fast jedesmal in den Vernarbungsprozeß hineingezogen. Das hintere Blatt des lig. latum erscheint stärker gespannt, weil die hintere Lage des zwischen seinen Blättern ausgebreiteten Muskelapparates durch die Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes verdichtet ist. — Die Verzerrung der Zervix bedingt naturgemäß eine entsprechende Verlagerung des Uteruskörpers in antedextroversio (flexio) bei linksseitigem, antesinistroversio (flexio) bei rechtsseitigem Vernarbungsprozeß. Der erste Fall ist erklärlicherweise der bei weitem häufigere.

Die Portio zervikalis befindet sich im Zustande der chronischen Metritis und des Katarrhs, ganz wie bei dem vorher beschriebenen parazystischen Prozesse, nur ist hier die hintere Lippe dicker, ausgesprochen venös-hyperämisch und sehr häufig der Sitz der bekannten sogenannten „Ulzerationen der Portio vaginalis". — Das Peritoneum der ergriffenen Seite scheint getrübt, derber, auf seiner Unterlage wenig verschieblich; in vielen Fällen pflanzt sich diese beschränkte Pelviperitonitis chronica auf die weitere Umgebung, vor allem auf das Peritoneum der Fossa iliaca und des Mesenteriums

*) a. a. O., S. 241.

Digitized by Google

der Flexura iliaca bezw. das Cökum und das Mesenterium des Colon ascendens fort.

Niemals vermißt man am unteren Teile des Mastdarms und am Anus eine stark ausgesprochene venöse Hyperämie mit bald stärkerer, bald schwächerer Varizenbildung (örtlicher Haemorrhois)."

Ich habe diese (wie so manche andere, die wir A. W. Freund danken) klassische Schilderung hier ausführlich wiedergegeben, weil die Arbeit, welcher sie entstammt, einerseits bereits vor nahezu $2^1/_2$ Jahrzehnt erschienen ist und andererseits nicht vielen Fachgenossen zugänglich sein wird.

In neuerer Zeit ist Müller*) dafür eingetreten, daß die Parametritis posterior eine „primäre Darmkrankheit" sei. Auch er führt sie auf chronische Obstipation zurück. Diese soll die Darmmukosa und weiterhin auch die Muskularis und das sie umgebende Bindegewebe reizen und entzünden, zu Schleimhautgeschwüren, Follikelschwellungen und auch submukösen Abszessen führen. In der Gegend des Sphinkter tertius geht dann nach Ansicht Müllers der Prozeß auf die hier den Darm umfassenden Ligamenta utero-sacralia über. Er hält diese Stelle an sich für Kotstauung disponiert, weil hier der Darm eine starke Knickung von links herkommend nach unten hinten macht. Von den Bändern soll der Prozeß dann weiter auf den Uterus und zunächst die Portio übergreifen und so bei Virgines die pathologische Anteflexio mit knorpelharter Portio, Zervikalkatarrh und Dysmenorrhöe entstehen.

Allerdings bezeichnet es Müller als selbstverständlich, daß der ganze Entzündungsprozeß auch den umgekehrten Weg gehen kann: von dem Zervix auf die Ligamenta sacralia und von da auf den Darm. Er ist aber der Ansicht, daß der Weg vom Darm nach den Genitalien weitaus häufiger sei als der umgekehrte.

Mir ist das Gegenteil wahrscheinlicher. Schon Ursprung und Verlauf der Lig. recto-uterina spricht hierfür. Sie sind, wie bereits erwähnt, am Uterus am umfangreichsten. Hier kann man sie, selbst bei überhaupt schwacher Entwicklung, stets tasten, während dies an den das Rektum umgreifenden Ausläufern gar nicht selten überhaupt nicht möglich ist oder

*) Zentralbl. f. Gyn., 1902, Nr. 9, S. 233.

Digitized by Google

die Bänder nur bei starkem Anspannen, ich möchte sagen, als dünne Fäden sich bemerkbar machen. Dementsprechend geht der muskulöse Inhalt z. T. wenigstens direkt aus der Korpus- bezw. Kollummuskulatur hervor. Ja das unterste Drittel der Retraktorenfasern erstreckt sich bis in die vordere Lippe*). Die Verbindung der Douglasschen Falten mit dem Rektum ist dagegen in der Regel eine sehr lose, wovon man sich bei abdominalen Koeliotomien, insbesondere der Wertheimschen Operation, überzeugen kann. Auch eine von Luschka herrührende Abbildung, welche von oben her einen Einblick in das Cavum pelvis peritoneale gewährt, zeigt, wie innig sie mit dem Uterus, wie oberflächlich mit dem Rektum zusammenhängen**).

Außerdem müßten wir der Parametritis posterior, wäre sie eine Folge der bei dem weiblichen Geschlecht so außerordentlich häufigen chronischen Obstipation, noch viel öfter begegnen, wie es tatsächlich der Fall ist. Als absolut beweisend können hier nur die Beobachtungen bei Virgines intactae, als relativ beweisend die bei Frauen gelten, welche noch nicht schwanger gewesen sind und bei denen sich uterine, insbesondere zervikale Erkrankungen nicht finden. Unter meinen eigenen zähle ich nur vier Virgines. Bei drei bestand allerdings seit langen Jahren hartnäckige Obstipation. Bei einer derselben erfolgte Stuhl oft erst in vier- bis fünftägigen Intervallen. Bei der anderen soll die Verstopfung zeitweise mit Durchfall, Tenesmus, schmerzhafter Stuhlentleerung, Schleim-, seltner Eiterabgang gewechselt haben, Erscheinungen, welche auf geschwürige Prozesse im Rektum schließen lassen. Ein Zweifel betreffs der Ätiologie kann hier wohl nicht bestehen. Bei der vierten Patientin ergaben sich überhaupt keine Anhaltspunkte für die Ätiologie des Leidens.

Daß die Parametritis posterior bei Virgines in Wirklichkeit häufiger vorkommt, ist sehr wahrscheinlich. Daß sie verhältnismäßig so selten bei ihnen diagnostiziert wird, hat wohl seinen Grund darin, daß Virgines sich nur ausnahmsweise dazu

*) Chroback und v. Rosthorn, Die Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane. Wien 1900. A. Holder. S. 215.

**) Ebenda, S. 166.

Digitized by Google

entschließen, sich gynäkologisch untersuchen zu lassen, und daß in den fraglichen Fällen die hartnäckige Obstipation so in den Vordergrund tritt, daß sie allein für die vorhandenen Beschwerden verantwortlich und zum Gegenstand der Behandlung gemacht wird.

Es ist aber zu berücksichtigen, daß bei Virgines intactae alle anderen Momente in Wegfall kommen, welche zu einer Parametritis post. führen können. Entwickelt sie sich bei ihnen, so muß sie so gut wie immer vom Rektum ihren Ausgang nehmen. Das Verhältnis gestaltet sich schon wesentlich anders bei verheirateten Nulligraviden oder defloriertem Mädchen.

Nulligravidae finden sich unter meinen Fällen acht. Von diesen waren nur bei einem, einer erst seit $^3/_4$ Jahren verheirateten, eine bewegliche, aber hochgradige Retroflexio uteri aufweisenden, jungen Frau chronische Verstopfung und Koprostase als Ausgangspunkt der sehr erheblichen Parametritis posterior anzunehmen. Bei vier war mit Sicherheit eine gonorrhoische Infektion vorausgegangen. Bei drei anderen machte ein stark eitriger Zervikalkatarrh eine solche wahrscheinlich, wenn sich auch Gonokokken in dem Sekret nicht nachweisen ließen.

Bei solchen Patienten also, welche zwar geschlechtlichen Verkehr gepflogen haben, aber nicht schwanger gewesen sind, tritt die habituelle Obstipation und Anhäufung fester Stuhlmassen im Rektum als ätiologisches Moment vor anderen entschieden zurück. Als solche sind, besonders auch bei Frauen, welche abortiert oder geboren haben, Erkrankungen der Zervix zu bezeichnen.

In der letzteren Kategorie finden sich nur fünf Kranke, bei denen weder die Anamnese noch der Untersuchungsbefund einen Anhalt für vorausgegangene Wochenbetts- oder Zervikalerkrankungen ergaben. Bei ihnen konnte nur die seit Jahren bestehende, hartnäckige Stuhlverstopfung als Ursache der Parametritis posterior angenommen werden.

Die übrigen 39 Patienten hatten z. T. schwere (eine Reihe von ihnen Zangen-) Entbindungen überstanden. Manche hatten ein fieberhaftes Wochenbett durchgemacht. Bei anderen war

Digitized by Google

eine vorausgegangene gonorrhoische Infektion sicher oder wahrscheinlich (plötzlich aufgetretener, eitriger Ausfluß, Beschwerden beim Wasserlassen). Bei der Untersuchung fand sich trübes, häufiger eitriges Zervixsekret, Zervixrisse, Hypertrophie der Portio, zahlreiche Ovula Nabothii an derselben, das Corpus uteri verdickt, manchmal auf Druck empfindlich, in einigen Fällen auch die Anhänge der einen oder beider Seiten schmerzhaft.

In drei Fällen liegt es nahe, eine Ursache für die Erkrankung heranzuziehen, auf welche ich bereits vor sechs Jahren hingewiesen habe*), Amputation der Portio vaginalis bezw. Keilexzision aus derselben. Diese kann zu einer Entzündung der Lig. recto-uterina führen, wenn Nähte, welche den durch die Exzision an der hinteren Muttermundslippe gesetzten Defekt schließen, durch sie geführt werden und eine Einwanderung von Entzündungserregern von der Scheide oder dem Zervikalkanal aus in sie stattfindet. Geringfügige Temperatursteigerungen, dumpfe Schmerzen in Becken und Kreuz können direkte Folgeerscheinungen sein. Die subakute Entzündung kann aber auch, solange die Patienten im Krankenhaus die weitgehendste Schonung genießen, während derselben für regelmäßigen Stuhlgang und leicht verdauliche Kost gesorgt wird, symptomlos verlaufen. Erst wenn sie nach Haus zurückgekehrt sind und ihre Pflichten als Hausfrau, Mutter und Gattin wieder aufgenommen haben, steigert sie sich. Die Glans penis trifft bei der Kohabitation die erkrankten Douglasschen Falten. Sie werden durch die sich im Rektum ansammelnden Skybala gereizt. Körperliche Anstrengungen wirken dislozierend auf die Sexualorgane und dadurch auf die kranken Gewebe.

Man könnte einwenden, daß in solchen Fällen die Parametritis posterior bereits vor der Operation bestanden habe. Diese würde nicht ausgeführt sein, wenn nicht eine Erkrankung der Zervix, Hypertrophie, Ektropium, Erosionsbildung, Katarrh vorhanden gewesen wäre, also das, was ich als das

*) Über Amputation der Portio vaginalis, insbesondere die schädlichen Folgen derselben. Münchn. med. Wochenschr., 1901, Nr. 22.

Digitized by Google

häufigste ätiologische Moment der Parametritis posterior bezeichnet habe. Aber einerseits haben diese Erkrankungen der Zervix durchaus nicht immer jene im Gefolge, andererseits waren die charakteristischen Beschwerden erst nach der Operation aufgetreten.

Was den ersteren Punkt betrifft, so möchte ich bemerken, daß die verschiedenen pathologischen Prozesse am Cervix uteri nur dann die Lig. recto-uterina in Mitleidenschaft ziehen werden, wenn sie dem Eindringen von Mikroorganismen ihre Entstehung verdanken oder von ihr gefolgt sind, und wenn diese auch in die Gewebe der Douglasschen Falten einwandern. Daß Ektropium, Erosion, Hypertrophie der Portio vaginalis u. a. auch ohne Infektion ent- bezw. bestehen können, hat Doederlein*) dargelegt.

Schließlich hat B. S. Schultze**) noch auf ein besonderes ätiologisches Moment hingewiesen. Er bezeichnet neben Stuhlverstopfung „Koitus mit verhältnismäßig zu langem Penis, respektive zu tiefe und gewaltsame Immissio penis" als eine häufige Ursache der Parametritis posterior. Er fügt hinzu, daß dies nicht bloße Mutmaßung sei, sondern daß er auf Grund in der Mehrzahl der Fälle ihm bekannt gewordener Tatsachen diese Ansicht habe. Ich kann ihr nicht beitreten. Allerdings haben auch mir junge Frauen, denen der Koitus Schmerzen bereitete, die Vermutung ausgesprochen, daß ihr Mann „zu stark gebaut sei". Aber entweder fand sich bei den meist nervösen Damen ein gewisser Grad von Vaginismus, oder es handelte sich um im allgemeinen und besonders in ihren Genitalien infantil gebliebene Individuen, bei denen die Scheide verhältnismäßig kurz und eng war, der kleine, stark anteflektierte Uterus retroponiert lag, die rüsselförmige zierliche Portio nach vorn sah. Das ist aber ein Befund, wie man ihn auch bei nichtdeflorierten, infantil gebliebenen Jungfrauen antrifft. Die Lig. recto-uterina sind auch hier verkürzt, aber nicht infolge eines entzündlichen Prozesses, sondern primär. Daß in solchen Fällen ein Mißverhältnis zwischen dem normal

*) Diese Sammlung Bd. III, Heft 3: „Ätiologie und Anatomie der Metritis cervicalis".

**) a. a. O., S. 153.

Digitized by Google

großen männlichen Glied und den in der Entwicklung zurückgebliebenen weiblichen Genitalien besteht, ist nicht zu leugnen, ebenso daß hier der geschlechtliche Verkehr dem weiblichen Teil Schmerzen verursachen wird und auch gelegentlich infolge zu häufiger, stürmischer Kohabitationen zu einer Entzündung der Lig. recto-uterina führen kann. Bei einem normalen weiblichen Geschlechtstraktus ist aber eine zu tiefe und, falls die Frau der Beiwohnung nicht widerstrebt, von den ersten Kohabitationsversuchen abgesehen, gewaltsame Immissio penis ausgeschlossen.

Symptome.

Daß die Parametritis posterior ein scharf ausgeprägtes Symptomenbild aufweise, kann man nicht sagen. Es hat das seinen Grund darin, daß sie, wie wir gesehen haben, keine primäre, sondern stets eine Folgeerkrankung ist. Die durch sie hervorgerufenen Erscheinungen kombinieren sich daher mit denen der Ausgangsaffektion. Am charakteristischsten sind noch Stuhlbeschwerden und Schmerzen beim Koitus.

Bestand früher keine chronische Verstopfung, so entwickelt sie sich häufig, wenn es zu einer Parametritis posterior gekommen ist. Gelegentliche Unterlassung der sonst regelmäßigen Stuhlentleerung führt zur Ansammlung und Verhärtung der zurückgehaltenen Fäzes. Werden sie bei der nächsten beabsichtigten Ausleerung zwischen den entzündeten Lig. recto-uterinis durchgepreßt, so ruft dieses Schmerzen hervor. Infolgedessen stellen die Patienten den Versuch, den Darm zu entleeren, vorzeitig ein. Es kommt zu chronischer Koprostase, die ihrerseits die Entzündung der Douglasschen Falten steigert. Der Circulus vitiosus ist da. Er ist bei Feststellung des Ausgangspunktes einer Parametritis posterior stets zu berücksichtigen. Begnügt man sich mit der Angabe der Patienten, daß sie an Verstopfung gelitten haben, so wird man geneigt sein, diese ohne weiteres als Ursache des Leidens anzusehen. Stellt man aber durch eine sorgfältige Anamnese fest, daß die Stuhlverstopfung erst eingetreten ist, nachdem sich Schmerzen bei der Entleerung eingestellt hatten, so läßt dies keinen Zweifel,

Digitized by Google

daß die Entzündung der Lig. recto-uterina das primäre, die Obstipation die Folge gewesen ist. Natürlich können sich nun auch noch die von W. A. Freund beschriebenes Veränderungen der Rektalschleimhaut entwickeln.

Die Darmschmerzen, über welche die Kranken klagen, sind verschiedener Art. Von manchen werden sie genau in die Gegend der Douglasschen Falten verlegt. Berührt man diese bei rektaler oder vaginaler Untersuchung, so geben die Patienten hier den Sitz der Schmerzen an. Andere klagen über einen nach dem After oder Darm ausstrahlenden Schmerz. In der Regel wird er nur bei der Defäkation empfunden.

Sehr häufig begegnet man der Klage, daß der geschlechtliche Verkehr Schmerzen hervorrufe. Sie werden durch direkten Insult der Ligamente durch die Glans penis oder durch indirekte Zerrung, indem die Eichel den Uterus bezw. das Collum nach oben drängt, ausgelöst. Infolgedessen treten sie nicht ein, wenn der Ehemann den Rat befolgt, das Glied nur wenig tief in die Scheide einzuführen.

Auffallend häufig ergibt die Anamnese auch Blasenbeschwerden, so daß die Annahme eines direkten Zusammenhanges derselben mit der Parametritis posterior nicht von der Hand zu weisen ist. In Fällen, wo der Uterus durch Verkürzung der Lig. recto-uterina stark retroponiert ist, finden sie ihre Erklärung in der Zerrung, welche die Blase in ihrem dem supravaginalen Teil der Zervix bezw. dem untersten Teil des Corpus adhärenten Abschnitt hierdurch erleidet. Fehlt eine Schrumpfung der Bänder und damit auch die Retroposition des Uterus, kann die Ursache der Blasenbeschwerden in einer der Parametritis posterior analogen Entzündung bezw. Schrumpfung des „Paracystium“ liegen. Es weist dasselbe dann eine mehr minder starke Druckempfindlichkeit auf.

Nicht selten wird über dysmenorrhoische Beschwerden, Kreuzschmerzen, Brennen in der Tiefe des Beckens, eitrigen oder vermehrten weißen Ausfluß geklagt. Alle diese Erscheinungen haben ihre Ursache in der gleichzeitigen Cervicitis bezw. Metritis.

Als bemerkenswert möchte ich erwähnen, daß unter meinen Kranken sich 20 befanden, die ein oder mehrere Male geboren

Digitized by Google

hatten, die aber seit der letzten Geburt steril geblieben waren, und zwar während eines Zeitraumes, der zwischen vier und zwölf Jahren schwankte (vier Jahre nur in vier Fällen). Da es sich bei allen um Frauen handelte, die sozusagen auf der Höhe der Zeugungsfähigkeit standen, so ist dies eine auffällige Erscheinung. Auch sie findet wohl ihre Erklärung in den chronisch-entzündlichen Zuständen der Zervix bezw. des Corpus uteri, welche zu der Parametritis posterior geführt hatten und auch nach ihrem Entstehen noch weiter bestanden.

Verlauf.

Der Verlauf der Parametritis posterior ist ein chron ischer Die mit ihr in Zusammenhang stehenden Beschwerden beginnen geringfügig, können sich aber bis zur Unerträglichkeit steigern. Daß hierdurch das Allgemeinbefinden, besonders bei schon an sich in der Ernährung heruntergekommenen, anämischen, besonders aber von Haus aus nervösen oder gar hysterischen Frauen, nicht nur physisch, sondern auch psychisch schwer gestört werden kann, ist unzweifelhaft. Daß aber die Parametritis posterior eine früher nicht vorhandene Hysterie auszulösen vermag, glaube ich nicht. W. A. Freund nimmt dies auch nur für die diffuse Form seiner Parametritis atrophicans mit ihren schweren Veränderungen am Nervenapparat der Beckenorgane an. Daß die zirkumskripte Form häufig in jene übergeht, bezweifle ich. Ich erinnere mich nur vier Fälle gesehen zu haben, bei welchen dies wahrscheinlich war.

In der Regel besteht die Parametritis posterior, nachdem sie einen gewissen Höhepunkt erreicht hat, unverändert fort. Doch kann es zu einer spontanen Ausheilung kommen. Man findet dann die Ligamenta recto-uterina stark verkürzt, manchmal auch verdickt, aber weder auf Zug noch Druck empfindlich. Die Patienten haben die Beschwerden, deren früheres Vorhandensein die Anamnese ergibt, verloren. Häufig ist dieser Ausgang vor Ablauf des Klimakteriums nicht. Nach demselben begegnet man ihm öfter.

Digitized by Google

Diagnose.

Die Diagnose der Parametritis posterior ist unschwer zu stellen, wenn man sich gewöhnt, stets die Ligamenta recto-uterina einer sorgfältigen Abtastung zu unterziehen. Nur in Fällen, in welchen sie sehr erheblich geschrumpft sind, der Uterus in toto stark nach oben und hinten gezogen ist, wird dies besonders für den, der nur über einen kurzen Zeigefinger verfügt, oder wenn die Enge der Scheide die Einführung nur eines Fingers gestattet, mit Schwierigkeiten verbunden sein. — Um sich über die Ausdehnung der Infiltration der Bänder nach Rektum und Kreuzbein zu zu orientieren, ist es empfehlenswert, nicht nur vaginal, sondern auch rektal zu untersuchen.

Nicht zutreffend ist die Ansicht, welcher man öfters begegnet, daß eine Parametritis post. stets eine Retroposition und starke Anteflexion des Uterus zur Folge haben müsse. Daß, wenn er vom Beginn der Erkrankung an anteflektiert liegt, die Schrumpfung der Lig. recto-uterina diese Wirkung haben wird, ist nicht zu leugnen. Anders wenn das Corpus retroflektiert oder retrovertiert ist. Dann läßt der Uterus sich die Bänder überhaupt nicht in so hohem Grade verkürzen. Der Zug der nach vorn abgelenkten Zervix wirkt dem entgegen. Sie sind infiltriert, verdickt, aber nicht geschrumpft.

Liegt der Uterus retroflektiert bezw. -vertiert, so ist eine genaue Orientierung über die Beschaffenheit der Douglasschen Falten erst dann möglich, wenn man das Corpus uteri reponiert, bei fixiertem Organ stark nach oben geschoben hat. Solange dies nicht geschehen ist, liegen sie dem letzteren seitlich oder hinten an, so daß man oft im Zweifel über ihren Verlauf ist. Findet man zuvor eine Druckempfindlichkeit im Douglas oder an dem nach rückwärts verlagerten Uterus, so kann diese ihren Sitz an dem einen oder dem anderen haben, aber auch in den Ligamentis recto-uterinis. Nach Emporheben des Uterus aus dem Douglas, noch mehr nach Lagerung desselben in normale Anteflexio bezw. -versio markieren sie sich, sind sie erkrankt, sofort als schmerzhafte, verdickte Stränge.

Ich möchte an dieser Stelle besonders darauf aufmerksam

Digitized by Google

machen, daß der bloße Nachweis einer Druckempfindlichkeit der Lig. recto-uterina zur Diagnose der Parametritis posterior nicht ausreicht. Man begegnet nämlich einer solchen Druckempfindlichkeit verhältnismäßig häufig ganz unabhängig von entzündlichen Vorgängen in den Bändern. Diese sind zart, nicht verdickt, nicht verkürzt. Wiederholt glaubte ich allerdings bei der ersten oder im Beginne der ersten Untersuchung das Gegenteil, eine Verkürzung und Verdickung der Bänder zu finden. Bei längerer Dauer der Untersuchung oder einer zweiten boten sie eine durchaus normale Beschaffenheit. Ohne Zweifel hatte es sich um eine durch die Schmerzempfindung ausgelöste Kontraktion der muskulären Elemente der Bänder gehandelt.

Ich glaube, daß diese Neuralgien bezw. Hyperästhesien der Lig. recto-uterina auf Reizzustände sich in ihnen ausbreitender sympathischer Fasern zurückzuführen sind. Ich habe nämlich in der Hälfte der hierher gehörigen Fälle, 18 von 40, starke Bauchdeckenneuralgien, meist zusammen mit einer erheblichen Druckempfindlichkeit des Bauchsympathikus, beiderseits oder einseitig, dann meist links konstatieren können. Außerdem litten diese Patienten an Störungen in der Herztätigkeit, schmerzhaften Empfindungen in der Herzgegend, Magendruck, nach Mastdarm und Blase ausstrahlenden Schmerzen, Kreuzschmerzen, vermehrtem Harndrang, Migräne. Es sind das alles Erscheinungen, denen wir auch bei der Parametritis posterior begegnen, welche W. A. Freund*) in die drei von ihm aufgestellten Gruppen der sympathischen, spinalen, zerebralen Hysterie einreiht. Auf Grund der Arbeiten Buchs**) und anderer Autoren vertritt aber Hoenck***) die Ansicht, daß sie alle Folgen einer Sympathikus-Reizung sind.

Da diese Neuralgie der Douglasschen Falten, wie eben erwähnt, von denselben Beschwerden, nur oft in geringerem Grade, begleitet ist wie die Parametritis posterior, so liegt

*) a. a. O.

**) a) Phys. der Mitempfindung im Bereiche des Sympathikus. Arch. f. Phys., 1901. b) St. Petersburger med. Wochenschrift, 1901. c) Wiener klin. Rundschau, Bd. 72, 1902. d) Wien. klin. Wochenschr., 1902, Nr. 37—39.

***) Diese Sammlung, Bd. VI, Heft 6.

Digitized by Google

der Gedanke nahe, ob jene nicht das Anfangsstadium der letzteren ist. Ich halte das für ausgeschlossen.

Das Fehlen der die Parametritis posterior auslösenden, ätiologischen Momente, die oft überraschende Schnelligkeit, mit der die Neuralgie bei geeigneter Behandlung schwindet, die Tatsache, daß ich in den einschlägigen Fällen bei späterer Untersuchung die nachträgliche Entwicklung einer Parametritis posterior nicht konstatieren konnte, spricht dagegen.

Differentialdiagnostisch kommt noch eine Perimetritis adhaesiva im Douglas in Betracht. Küstner ist der Ansicht, daß eine solche sehr oft zu einer Verwechslung mit Parametritis posterior führt. Besonders sollen es chronische perioophoritische und perisalpingitische Prozesse sein, welche zu Täuschungen Veranlassung geben.

Ich kann dem nicht beistimmen. Es kommen hier doch nur Verwachsungen der Anhänge in der Tiefe des Douglas in Betracht. Diese lassen sich, abgesehen von sehr fettleibigen Frauen, stets, zumal in Narkose, als solche feststellen. Man fühlt bei kombinierter Untersuchung die fixierten Adnexe als dem hinteren Scheidengewölbe aufliegende oder dicht über ihm befindliche Tumoren, deren Größe davon abhängt, ob sie normal oder entzündlich verdickt sind bezw. Flüssigkeit enthalten (Saktosalpinx, Eierstockszysten), nicht aber als strangförmig von der Zervix seitlich nach hinten verlaufende Gebilde.

Theoretisch ist noch am ehesten eine Verwechslung mit perimetritischen Verwachsungen der Rückseite des retroponierten oder retroflektierten bezw. -vertierten Uterus möglich. Wenn diese bandförmig und straff sind, könnten sie als Ligamenta recto-uterina imponieren. In der Regel sind aber, wie man sich bei abdominalen Koeliotomien oft überzeugen kann, solche Adhäsionen flächenhaft; sie markieren sich nicht als scharf abgesetzte Bänder. Selbstverständlich kommen aber Kombinationen von Parametritis posterior und Perimetritis adhaesiva vor, wie dies ja schon das für beide so häufig in Betracht kommende ätiologische Moment, die gonorrhoische Infektion, erklärlich macht.

Nicht zutreffend ist es, daß höhere Grade von Parametritis posterior zu einer Miterkrankung des sie bekleidenden peri-

Digitized by Google

tonealen Überzuges führen müßten. Wiederholt habe ich bei abdominalen Koeliotomien von der Bauchhöhle her die verkürzten und verdickten Douglasschen Falten getastet. Ihr Peritoneum erwies sich als durchaus normal.

Behandlung.

Die Behandlung der Parametritis posterior war früher oft eine wenig erfolgreiche. Sie bestand in erster Linie in dem Einlegen von Ichthyol- oder Jod-Glyzerin-Tampons in das hintere Scheidengewölbe. Zusammen mit warmen Darmeingießungen, welche längere Zeit im Rektum zurückgehalten werden mußten, habe ich von ihr wenigstens eine Linderung der Beschwerden, eine Abnahme der Empfindlichkeit des Leidens gesehen.

Am naheliegendsten war die Behandlung mittels Massage. Soll sie, was wünschenswert ist, von den Bauchdecken und der Scheide her gleichzeitig ausgeführt werden, so ist dies, abgesehen von ganz abgemagerten Individuen, kaum möglich, da die Kranken, zumal die direkte Berührung der Bänder schmerzhaft ist, sofort mit Kontraktion der Bauchmuskulatur reagieren. Die Massage blieb infolgedessen in der Regel eine einseitige, nur vaginale. Dadurch wurde sie in ihrem Erfolg beeinträchtigt. Außerdem wirkte sie bei erotisch veranlagten Frauen leicht sinnlich erregend; nervöse, neurasthenische griff sie in hohem Grade an, da sie, was sich aber nicht vermeiden läßt, Schmerzen verursachte.

Der letztere Übelstand haftet auch der von manchen Gynäkologen geübten öfteren Dehnung der Bänder an. Sellheim*), der die Verkürzung und Straffheit der Lig. rectouterina als eine der Ursachen der Dysmenorrhöe anspricht, will gleichfalls von einer ausgiebigen, digitalen Dehnung derselben einen günstigen Erfolg gesehen haben. Er gibt aber zu, daß dieser häufig nur ein vorübergehender sei. Dasselbe gilt von der forzierten einmaligen Dehnung in Narkose.

---

*) Die Erklärung der Dysmenorrhöe durch Bauchfellzerrung. Monatsschrift f. Geburtsh. u Gyn., Bd. XXVII, Heft 5.

Digitized by Google

Ein anderes Vorgehen hat Kehrer*) empfohlen, der sich bei der Parametritis posterior außer Massage, Ichthyol-Glyzerin-Tampons, Sitzbädern und prolongierten Scheidenduschen noch der Heißluftbehandlung bedient und nach ihr wenigstens ein verhältnismäßig schnelles Schwinden der Schmerzen und der Schmerzhaftigkeit der Lig. sacro-uterina erzielt, so daß nun ohne Schmerzen massiert werden konnte. Er rät zu Versuchen mit dem in das mit Öl gefüllte Rektum eingeführten und dort aufgeblähten Kolpeurynter, dessen Kuppe dann oberhalb der Lig. sacro-uterina zu liegen kommt. Er soll eine halbe Stunde im Rektum belassen werden. Der Ballon darf nur in Zwischenräumen von zwei Tagen eingeführt werden, um die Mukosa nicht zu alterieren. Kehrer erwähnt, daß das Verfahren bei einer seiner Kranken — um zwei handelt es sich nur — ziemlich starken Stuhldrang und ein leichtes Gefühl von Kälte in den Oberschenkeln, wohl durch Druck auf den Nervenplexus, erzeugt habe. Er hält es selbst nur da für anwendbar, wenn Darm und Sphinkter ani, der vor der Einführung des Ballons tüchtig einzufetten ist, nicht zu straff und die Patienten nicht zu empfindlich sind. Es scheint keine weitere Verbreitung gefunden zu haben. Wenigstens sind in den $6\,^1/_2$ Jahren seit der Veröffentlichung der Kehrerschen Arbeit keine neuen Erfahrungen über diese Therapie bekannt geworden. Ich vermute, daß sie den Kranken zu viel Beschwerden verursacht.

Den Gedanken einer Rektalbehandlung der Parametritis posterior hat Müller aufgenommen. Er sieht, wie schon erwähnt, die Parametritis posterior als eine Darmerkrankung an. Gegen diese richtet sich daher in erster Linie seine Behandlung. Abgesehen von allgemeinen Diätvorschriften, gibt er Pilulae aloeticae ferratae, Karlsbader Salz, Apenta, Ichtalbin, Duotal etc., besonders bei Kolitis membranacea. Zu Klysmata verwendet er Tannin, Eichenrindenabkochungen, hypermangansaures Kali, Protargol, Argentum nitricum, Ichthyolöl, Gua-

*) Beitrag zur Behandlung chron. Beckenexsudate. Zentralbl. f. Gyn., 1901, Nr. 52, S. 116.

**) a. a. O., S. 237.

Digitized by Google

jacolöl, als lindernde Einläufe solche von Öl und Haferschleim. Um aber den Darm aus seiner Einschnürung zu befreien, massiert er zwar auch per vaginam und dehnt die Ligamenta recto-uterina. Da aber auf diesem Wege eine nur dem Rektum angehörige Bindegewebsschicht bisweilen nicht mitgefaßt wird, dehnt er auch vom Darm aus, und zwar mittels dicker Sonde oder dickem Spritzenansatz. Doch betont er ausdrücklich, daß diese Art Darmbehandlung ganz besonders vorsichtig ausgeführt werden muß. Es ist das wohl der Grund, daß auch über sie, seitdem die Müllersche Mitteilung erschienen ist, nichts weiter verlautet ist.

Theoretisch rationell scheint es zu sein, die Ligamenta recto-uterina zu durchschneiden. Bröse*) hat es in einem Fall versucht (Transversalschnitt im hinteren Scheidengewölbe, Eröffnung des Douglas, Hervorziehen der Ligamenta recto-uterina mit dem Finger, Durchschneiden derselben dicht am Uterus, Jodoformgazetamponade des Douglas), aber, wie er berichtet, einen völligen Mißerfolg zu verzeichnen gehabt. 14 Tage nach der Operation war der alte Zustand wieder vorhanden. Das ermutigt nicht zur Nachahmung. Aber selbst wenn dadurch, daß man die Tamponade längere Zeit liegen läßt, ein Wiederzusammenwachsen der durchtrennten Ligamentenden verhindert würde, so würde man hierfür einen anderen abnormen Zustand eintauschen, eine Verwachsung des Douglas, wie wir sie fast regelmäßig als Folge seiner Dränage nach der Scheide beobachten.

Bröse*) hat nun ein anderes operatives Vorgehen in einer ausführlichen Arbeit befürwortet, welches früher schon von Martin**) und Flaischlen***) kurz erwähnt worden ist, und das sich als wirksam bewährt hat, nämlich möglichst hohe Ventrofixation des Uterus nach der Olshausenschen Methode. Streckung des Uterus, andauernde Anspannung und Dehnung des chronisch entzündeten Bindegewebes sieht Bröse als die Momente an, welche den therapeutischen Effekt zuwege

*) Zur Pathologie und Therapie der Parametritis post. Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn., Bd. 46, H. 1.

**) Ebenda, Bd. 30, S. 502.

***) Ebenda, S. 533.

Digitized by Google

bringen. Martin*) hat die Ventrofixation mit der subperitonealen Durchschneidung der Lig. sacro-uterina von der Bauchhöhle aus verbunden. Auch Kehrer**) hat die Kombination beider Operationen zur Erwägung gegeben. Nach dem oben Gesagten muß sie als zwecklos bezeichnet werden, da auch die Ventrofixation des Uterus einem Wiederzusammenwachsen der Ligamente nicht vorbeugen wird. Außerdem führt die letztere allein schon zu dem angestrebten Ziel. Flaischlen erwähnt, daß er mehrfach Dauerheilungen nach einfacher Ventrofixatio uteri gesehen habe. Bröse verzeichnet deren acht.

Und doch wird man Bedenken tragen, diesen Weg zur Heilung seinen Patienten vorzuschlagen. Nicht seiner Gefährlichkeit wegen. Denn eine unkomplizierte Ventrofixation ist eine so einfache Operation, daß man bei unseren heutigen anti- und aseptischen Maßnahmen eine Gefährdung des Lebens der Patientin durch sie mit annähernder Gewißheit verneinen kann. Auch die Entstehung eines Bauchbruches braucht man nicht zu fürchten, wenn man Peritoneum und Faszie auch unter und an der Fixationsstelle gesondert, die Faszie durch versenkte Silkworm-Nähte schließt. Aber der Vorwurf, daß man gerade durch eine hohe Fixation des Uterus eine anormale Lage desselben schafft, läßt sich nicht zurückweisen. Eine solche kann ihrerseits Beschwerden machen, zum mindesten lästige Empfindungen an der Fixationsstelle. Besonders bei neurasthenischen, hysterischen Frauen sind sie zu fürchten. Und um solche handelt es sich bei den an Parametritis posterior Leidenden nicht selten. Der Erfolg ist bei ihnen zwar zunächst, wie überhaupt oft nach operativen Eingriffen, ein günstiger. Die früheren Beschwerden sind gehoben. Aber häufig stellen sich nach kürzerer oder längerer Zeit an ihrer Stelle andere ein, die zunächst den Patienten nicht zum Bewußtsein gekommen sind, weil ihre ganze Aufmerksamkeit noch auf den Sitz der früheren konzentriert war. Von Bröses acht Kranken ging es einer, die an einer leichten Perioophoritis gelitten hatte, drei Jahre gut, erst im vierten Jahre nach

*) a. a. O.
**) a. a. O.

Digitized by Google

der Operation stellten sich wieder leichte Beschwerden ein. Bei zwei der übrigen lag der operative Eingriff erst zwei, bei einer dritten sogar erst $^3/_4$ Jahr zurück, das ist eine zu kurze Beobachtungsdauer.

Nach meinem Dafürhalten soll man die Ventrofixation des Uterus nur da machen, wo die Parametritis posterior durch eine Perimetritis adhaesiva kompliziert ist. Besonders gilt das von den Fällen, in welchen sich uterine Verwachsungen nicht auf unblutigem Wege dehnen oder lösen lassen. Handelt es sich um Adhäsionen der uterinen Anhänge, so ist dies nach meinen Erfahrungen häufig überhaupt nicht möglich. Hier müssen die Verwachsungen, will man einen vollen Erfolg erzielen, unter Kontrolle des Auges getrennt, dabei entstehende Peritonealdefekte sorgfältig durch die Naht geschlossen, und wenn dies nicht möglich, mit dem Paquelin verschorft werden. Es liegt nahe, bei solchen Fällen den vaginalen Weg einzuschlagen und den Uterus zu vaginofixieren. Doch ist dies nicht ratsam, besonders da nicht, wo die Ligamenta recto-uterina und das umliegende Bindegewebe stark geschrumpft sind, wie eine Beobachtung Bröses*) zeigt. Nach leichter Lösung perimetritischer Adhäsionen vaginofixierte er den Uterus. Aber schon sieben Wochen später, als er die fixierenden Seidennähte entfernen wollte, lag der Uterus wieder retroponiert und retroflektiert. Jene hatten die Uterussubstanz durchschnitten. Die Beschwerden der Patientin bestanden fort, so daß Bröse später doch noch die Ventrofixation ausführte.

Bei der nicht durch eine Perimetritis adhaesiva komplizierten Parametritis posterior können wir heute um so eher von einem operativen Eingreifen absehen, als wir eine konservative Behandlungsmethode seit einigen Jahren besitzen, welche die besten Erfolge aufzuweisen hat: die Vibrationsmassage der Ligamenta recto-uterina von der Scheide aus.

Schon Müller**) sagt in seinem des öfteren erwähnten Aufsatz: „Bei der Dehnung der Ligamente und Adhäsionen fiel mir auf, daß Zitterbewegung der Hand von günstigem

*) a. a. O., S. 15.
**) a. a. O., S. 238.

Digitized by Google

Einfluß war. Ich habe daher in letzter Zeit Versuche mit dem Vibrationsapparat begonnen, die mir einen günstigen Eindruck gemacht haben." Allerdings schließt er die Bemerkung an: „Die Hand ersetzen kann der Apparat aber nicht." Seine weiteren Erfahrungen hat er m. W. nicht bekanntgegeben.

Erst Witthauer*) gebührt das Verdienst, auf Grund reicher Erfahrungen die Behandlung der Parametritis posterior mittels Vibrationsmassage warm empfohlen und sie als die wirksamste therapeutische Maßnahme des so hartnäckigen Leidens eingebürgert zu haben. Aber auch heute noch hat sie nicht die Verbreitung gefunden, die sie verdient, wenn sie auch stetig an Anerkennung gewinnt.

Ich selbst habe sehr bald, nachdem mir Witthauer über seine günstigen Erfolge berichtet hatte, mit der Vibrationsmassagebehandlung begonnen. Ich kann seine mit ihr erzielten günstigen Ergebnisse nur bestätigen. Ich bediene mich wie er des Biehlmaierschen Apparates. Bezüglich der Konstruktion desselben, des zugehörigen Handstückes etc. verweise ich auf das Witthauersche Lehrbuch, welches das Wissenswerteste bezüglich der Vibrationsmassage und ihrer Anwendung in allen medizinischen Fächern enthält. Bemerken möchte ich, daß ich mich hinsichtlich der letzteren genau an Witthauers Vorschriften gehalten habe. Ich führe die Massagekugel unter Leitung des Zeigefingers in das hintere Scheidengewölbe und drücke sie dort sanft erst gegen das eine, später gegen das andere Lig. recto-uterinum. Es wird stets langsame Vibration angewandt. Dagegen kann die Stärke im Lauf der Sitzungen vermehrt werden. Während der ersten muß man sich hüten, die Kugel im Beginn der Behandlung fest gegen das Scheidengewölbe zu drücken, da dies meist der Patientin heftige Schmerzen verursacht. Da aber schon während der Massage die Schmerzhaftigkeit meist abnimmt, kann man sie allmählich stärker gegen die Ligamente drängen, muß aber, sowie die Patientin über Schmerzen zu klagen bezw. das Gesicht zu verziehen anfängt, den Druck sofort mindern. Der Zeigefinger

*) Lehrbuch der Vibrationsmassage. Leipzig 1905. F. C. W. Vogel. Therapeutische Monatshefte, Februar 1907.

Digitized by Google

bleibt an der Kugel liegen und kontrolliert, daß sie nicht aus dem hinteren Scheidengewölbe heraus an die Vorderseite der Portio vaginalis oder den Muttermund gleitet, ein Ereignis, zu dem es besonders leicht kommt, wenn jenes stark abgeflacht oder verengt ist.

Die Einzelsitzung soll bei sehr sensiblen, nervösen Kranken, besonders im Beginn der Behandlung, nicht länger als 3 Minuten dauern. Später wird sie auf 5 bis 6 Minuten ausgedehnt. Zu beachten ist ferner, daß manche Patienten von der Massage angegriffen werden. Bei solchen tut man gut, anfänglich wenigstens nur einen Tag um den anderen zu massieren, während es sonst angezeigt ist, die Behandlung täglich vorzunehmen und erst mit Nachlaß der Beschwerden einen Tag auszusetzen.

Daß die vaginale Vibrationsmassage sinnlich erregend wirkte — eine Befürchtung, der des öfteren Ausdruck gegeben worden ist —, habe ich nie beobachtet. Es ist das erklärlich. Nach ihrer Einführung bleibt die Massagekugel mit dem kontrollierenden Finger ruhig an der einen Seite des hinteren Vaginalgewölbes liegen, um nur einmal, was bei der relativen Kleinheit der Verhältnisse fast unmerklich geschieht, nach der anderen Seite bewegt zu werden. Das im Lauf der Sitzungen notwendig werdende, stärkere Nachobendrängen derselben, was nie brüsk, sondern nur sehr schonend vor sich gehen soll, darf von der Patientin überhaupt nicht empfunden werden.

Die Zahl der notwendig werdenden Massagen ist eine sehr verschiedene. Ich habe die Schmerzhaftigkeit der Lig. recto-uterina schon nach viermaliger, ihre Straffheit bezw. Verkürzung nach im ganzen achtmaliger Behandlung schwinden sehen, aber auch hartnäckigere Fälle beobachtet, bei denen erst nach 20, ja, wenn auch selten, mehr Sitzungen alle subjektiven und objektiven Erscheinungen beseitigt waren. Einen Nachlaß ihrer oft quälenden Beschwerden bemerkten aber auch hier die Patienten bald, so daß sie die längere Dauer der Kur gern in den Kauf nahmen. Jedenfalls werden sie dieser, die ambulant durchgeführt werden kann und den Kranken gestattet, ihren Haushalt weiter zu besorgen, vor einem opera-

Digitized by Google

tiven Eingriff, der einen dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt bedingt, wie dies bei der Ventrofixatio uteri der Fall ist, den Vorzug geben.

Sind die Ligamente erheblich verdickt, so empfiehlt es sich, nach der Massage einen mit 10%igem Ichthyol- oder Thigenol-Glyzerin getränkten Tampon in das hintere Scheidengewölbe zu legen und bis zum nächsten Morgen liegen zu lassen. Dann wird er entfernt und eine Scheidenspülung mit warmer physiologischer Kochsalzlösung gemacht.

Bei vergrößerter, bläulicher, mit Ovulis Nabothii besetzter Portio vaginalis sind letztere zu entleeren und Skarifikationen vorauszuschicken. Nachdem diese ausgeblutet haben oder die Blutung durch Andrücken eines sterilen Wattebausches zum Stehen gebracht worden ist, wird ein mit Glyzerin getränkter Wattetampon an die Portio gelegt und am nächsten Tag entfernt. Erst wenn letztere nach mehrmaliger Blutentziehung abgeschwollen ist und eine normale Farbe angenommen hat, wird mit der Massage begonnen.

Noch wichtiger ist es, daß in allen Fällen, in denen eine eitrige Kolpitis oder Zervizitis besteht, diese erst beseitigt werden. Handelt es sich nachweisbar um eine frische gonorrhoische Infektion, so ist es geboten, sie nicht nur erst zu behandeln, sondern auch nach dem Verschwinden noch zum mindesten einige Wochen zu warten, ehe man mit der Massage beginnt. Andernfalls kann man die unangenehme Überraschung erleben, daß sich nach ihr eine akute Para- oder Perimetritis entwickelt, die schon vorhandenen Beschwerden sich plötzlich steigern, die Massage so schmerzhaft wird, daß die Patienten sie überhaupt nicht mehr ertragen.

Bei gleichzeitiger beweglicher Retroflexio oder -versio uteri ist dringend vor dem Einlegen eines Pessars zu warnen, ehe nicht die Ligamente recto-uterina unempfindlich und nachgiebig geworden sind. Der gegen sie andrängende hintere Bügel steigert sonst die Beschwerden und die Entzündung.

Erosionen oder Ektropium der Portio vaginalis mit chronischem, eitrigen Zervikalkatarrh müssen, ehe man die Massage beginnt, durch die von Menge angegebenen Formalinätzungen und Scheidenspülungen mit Formalinlösung beseitigt werden.

Digitized by Google

Sind diese Erkrankungen doch, worauf schon eingangs dieser Arbeit hingewiesen wurde, so oft der Ausgangspunkt der Parametritis posterior. Es wäre also sehr falsch, wollte man zuerst den Folgezustand, dann das Grundübel einer Behandlung unterwerfen.

Daß, wo hartnäckige Verstopfung besteht, der Stuhl die Anzeichen eines Katarrhs des Rektums oder geschwüriger Prozesse in ihm aufweist oder die Beschwerden auf eine solche schließen lassen, gleichfalls zunächst hier die Therapie einzusetzen hat, ist selbstverständlich. Es müssen genaue diätetische Vorschriften gegeben werden, für täglichen Stuhl durch Einläufe und milde Abführmittel gesorgt werden. Sehr bewährt haben sich Öleinläufe, die solange fortgesetzt werden, bis die Ausleerungen rein breiig geworden sind und auch nicht die geringsten festen Bestandteile mehr enthalten. Bei manchen Patienten regelt sich jetzt schon bei geeigneter Diät der Stuhl von selbst. Bei anderen genügen hierzu zwei- bis dreimal tägliche Gaben des Fluid Extracts von Cascara Sagrada (20 Tropfen im Beginn, von Woche zu Woche zwei Tropfen weniger bis herab auf 2). Auch die Vibrationsmassage des Darms von den Bauchdecken aus leistet hier gute Dienste*). Wenn es sich um einfache chronische Verstopfung ohne die genannten entzündlichen Prozesse handelt, kann natürlich die Massagebehandlung der Parametritis posterior gleichzeitig mit der der ersteren begonnen werden.

Beachtenswert ist das etwaige Vorhandensein der schon erwähnten Schmerzempfindlichkeit des Sympathikus. Wenn man sich gewöhnt, bei Frauen, die über Unterleibsbeschwerden klagen, regelmäßig auf diese hin zu untersuchen, so ist man erstaunt, wie verhältnismäßig häufig man sie findet, und zwar besonders, worauf Hoenck**) aufmerksam gemacht hat, links. Hier ist der Rat des letzteren stets zu befolgen, nämlich den empfindlichen Sympathikus einer Bauchmassage mit der Hand zu unterwerfen. Ich kann die günstigen Erfolge, welche Hoenck ihr nachrühmt, bestätigen. Ich sah wiederholt, daß

*) s. Witthauer, Lehrbuch der Vibrationsmassage. S. 53.
**) a. a. O., S. 14.

Digitized by Google

Magenstörungen, Herzbeschwerden, Kreuz- und Unterleibsschmerzen, die der Vibrationsmassagebehandlung der Parametritis posterior nicht wichen, nach ihr bald schwanden. Doch kann ich Witthauer*) nur beistimmen, wenn er in erster Linie die letztere, dann erst den Sympathikus zum Gegenstand der Behandlung gemacht wissen will.

Was schließlich die Erfolge der Vibrationsmassagebehandlung der zirkumskripten Parametritis posterior betrifft, so müssen dieselben als vorzügliche bezeichnet werden. Daß Rückfälle vorkommen, ist selbstverständlich. Eine Wiederkehr derselben Ursachen, z. B. einer infektiösen Zervizitis, kann natürlich zu denselben Folgen, d. h. einer erneuten Entzündung der Lig. recto-uterina, führen. Dieselbe Therapie hat dann aber auch dieselbe günstige Wirkung.

Völlige Mißerfolge habe ich nur vier gesehen. Es handelte sich um schwere Hystericae, welche bereits seit Jahren behandelt worden und von einem Arzt zum anderen gegangen waren. Obwohl bei allen — und dies ist sehr zu beachten — die im Beginn der Behandlung hochgradige Schmerzhaftigkeit der Ligamenta recto-uterina allmählich völlig schwand oder doch erheblich gemildert wurde, kam es zu Rezidiven. Vor allem aber gelang es nicht, die mannigfachen, die Kranken in hohem Grade quälenden Beschwerden zu beseitigen. Hier handelte es sich aber auch wahrscheinlich nicht um die zirkumskripte, auf die Ligamenta recto-uterina und allenfalls ihre nächste Umgebung beschränkte Form der Parametritis posterior, sondern um jene ausgedehntere, von W. A. Freund als Parametritis atrophicans diffusa beschriebene, die nach meinen Erfahrungen glücklicherweise recht selten ist.

Ich lasse die vier Krankengeschichten in Kürze folgen:

1. Frau M. Seit 5 Jahren verheiratete II para. Angeblich beide Geburten und Wochenbetten normal. Nach der letzten Geburt sollen aber bereits am Tage nach der Entbindung Schmerzen in der linken Unterleibsseite aufgetreten sein. Sie sind seitdem geblieben. 2—3 Tage vor Eintritt der sonst regelmäßigen Menses steigern sie sich. Außerdem hat die Pa-

*) Lehrbuch, S. 77.

Digitized by Google

tientin bei den letzteren heftige Kopfschmerzen. In der intermenstruellen Zeit hat sie unter Kreuzschmerzen, Druck auf den Darm, häufigem Urindrang zu leiden. Sie klagt über die „Nerven", ist nach Angabe des Ehemannes reizbar und leicht verstimmt. In letzter Zeit ist sie abgemagert. Sie hat ihre Kinder nicht selbst gestillt.

In den letzten zwei Jahren ist die Kranke mehrfach gynäkologisch behandelt worden und zwar ist bei ihr die Portio vaginalis amputiert und skarifiziert worden. Auch wiederholte Kurettagen sind ausgeführt. Pessare, die des öfteren eingelegt wurden, haben der Kranken stets heftige Beschwerden verursacht.

Untersuchungsbefund: Abgemagerte, anämische Frau mit leidendem Gesichtsausdruck. Herz, Lunge normal. Fehlen der Gaumen- und Cornealreflexe. Hochgradige linksseitige Abdominalhyperästhesie. Schmerzhaftigkeit beider Sympathikusstränge auf Druck.

Genital: Ganz kurze harte Portio (Amputation); hochgradig verkürzte, sehr druckempfindliche Lig. sacro-uterina. Der ganze Douglas geschrumpft, schmerzhaft. Corpus uteri retroponiert, anteflektiert, in seiner Beweglichkeit sehr beschränkt. Auch die Basis der Lig. lata scheint geschrumpft.

Die Behandlung bestand zunächst in Vibrationsmassage der Lig. recto-uterina und Handmassage des Sympathikus, später in Faradisation der linken Bauchseite, Einlegen von Thigenoltampons in das hintere Scheidengewölbe, Vermeiden körperlicher Überanstrengung, Bornyval, bei Menses Aspirin innerlich. Der einzige Erfolg war eine vorübergehende Besserung der Schmerzhaftigkeit der Lig. recto-uterina, die Möglichkeit, das Corpus uteri etwas mehr und leichter nach vorn zu bringen. Die sonstigen Beschwerden der Patientin blieben völlig unvermindert. Nach viermonatiger, wiederholt durch längere Pausen unterbrochener Behandlung entzieht sie sich derselben.

2. Frau D. 27jährige II para Verwittwet, ist sie seit $2^1/_2$ Monat wieder verheiratet. Geburten und Wochenbetten sollen normal verlaufen sein. Bald nach der Wiederverheiratung will Patientin an Unterleibsschmerzen erkrankt und von anderer Seite an Oophoritis mit Bettruhe, Eis, Morphium u. a. behandelt worden sein. Letzte Menses am 27. und 28. Januar. Seit dem 18. Februar erneute Blutung, die bereits acht Tage anhält. Heftige Unterleibsschmerzen, Druckempfindung und Ameisenlaufen im linken Hypochondrium. Rein linksseitiger Globus. Kribbeln von der linken Unterleibsseite ausgehend und sich über die linke Rücken-, Hals- und Kopfseite ausbreitend. Stets Schmerzen beim Koitus. Nachdem die Blutung auf Styptol zum Stehen gebracht war, ergab die Untersuchung: Gutgenährte Frau mit blühenden Farben, aber leidendem Gesichtsausdruck. Fehlender Gaumenreflex. Linksseitige Abdominalneuralgie. Alle Organe gesund. Portio groß, bläulich. Ovula Nabothii. Lig. recto-ut. außerordentlich schmerzhaft, geschrumpft, ebenso das sonstige parametrane Gewebe.

Eröffnung der Ovula Nabothii, Skarifikation der Portio. Spätere Vibrationsmassage der Lig. recto-ut. brachte vorübergehende Abnahme der

Digitized by Google

Druckempfindlichkeit derselben. Sonst blieben die Beschwerden der Patientin trotz hydrotherapeutischer Maßnahmen, elektrischer Behandlung, Bornyval etc. unverändert Die Menses traten zuletzt im Mai rechtzeitig und drei Tage anhaltend auf. Patientin ging dann auf eigene Hand in ein Solbad. Im August wurde Schwangerschaft im dritten Monat konstatiert. Anfang Oktober soll dreimal eine heftige Blasenblutung eingetreten sein. Am 25. Oktober vorgenommene Untersuchung ergab völlig normalen Urin. Patientin klagt über heftige, linksseitige Unterleibsschmerzen und die früheren nervösen Beschwerden. Häufiges Erbrechen, Stuhlverstopfung. Beim Koitus sollen sich feste Knoten an verschiedenen Stellen des Unterleibes bilden. Vom siebenten Monat an geht sie in die Behandlung eines anderen Kollegen über.

3. Frau S., 32jährige Opara, seit zwei Jahren verheiratet. Menses früher alle 23—24 Tage, stets sehr stark, 4—5tägig. Im September, Oktober blieben sie aus, traten dann sehr stark wieder ein. Seit der Verheiratung Schmerzen bei Eintritt der Blutung. Patientin gibt an, daß bei ihr vor fünf Jahren eine rechtsseitige Wanderniere festgestellt sei. Sie klagt über quälende Stiche in der ganzen, rechten Unterleibsseite, in das Bein ausstrahlende Schmerzen, Kältegefühl im rechten Fuß, schlechten Appetit, hochgradige Abspannung. Vor sechs Wochen will sie plötzlich mit Schüttelfrost und rechtsseitigen Rückenschmerzen erkrankt sein. Untersuchungsbefund: Kleine, grazile, sehr lebhafte Frau mit frischen Farben, aber mäßigem Ernährungszustand. Keine Wanderniere. Auch die übrigen Organe bis auf den Uterus normal. Dieser durch Schrumpfung des rechten Lig. latum ganz ans Becken gezogen, aber nicht vergrößert, wenig beweglich. Lig. recto-ut. verkürzt, sehr schmerzhaft. Fehlender Gaumenreflex; rechtsseitige Abdominalneuralgie. Nach zweimonatiger Behandlung mit Vibrationsmassage und Dehnung des rechten Lig. latum (16 Sitzungen) erklärt die Patientin, daß sie sich gesund fühle. Objektiv ist nachweisbar, daß die Lig. recto-uterina dehnbar, nicht mehr schmerzhaft sind. Dagegen ist die Schrumpfung des Lig. latum wohl verringert, aber noch nicht beseitigt. In den folgenden neun Monaten traten wiederholt Rückfälle ein, die aber stets nach 3—5maliger Massage schwinden. Einmal kam die Patientin wegen heftiger Coccygodynie, die durch Faradisation der seitlichen Partien des Steißbeines schnell beseitigt wurde, in die Sprechstunde, ein anderes Mal wegen rechtsseitiger Ischias.

Nach einem Jahr stellten sich die früheren Beschwerden sämtlich wieder ein. Dazu gesellte sich Erbrechen, Präkordialangst, hochgradige Abspannung. Die Menses waren einmal acht Wochen ausgeblieben. Wahrscheinlich war der Rückfall durch die nach sechswöchentlicher Amennorrhöe getane Äußerung, es könne sich um Schwangerschaft handeln — Patientin fürchtete sich vor einer solchen aufs äußerste —, hervorgerufen. Da der Zustand schließlich nahezu an eine Psychose grenzte — Angstzustände, Melancholie, Platzangst etc. —, wurde die Kranke veranlaßt, ein Sanatorium

Digitized by Google

aufzusuchen. Sie kehrte nach sechswöchigem Aufenthalte ungebessert zurück und trat in die ambulante Behandlung eines Nervenarztes.

4. Frau B., 38jährige, seit 13 Jahren verheiratete IIgravida. Zwei normale Geburten und Wochenbetten. Dann drei Aborte im zweiten Monat innerhalb 2 ½ Jahren. Letzter vor einem Jahr. Seit dem ersten Abort angeblich magenleidend, vor zwei Jahren Unterleibsentzündung. Klagt über Mattigkeit, zeitweises Stechen in Brust, Armen, Füßen, Unterleib, Appetitlosigkeit. Menses um 1—3 Tage anteponierend, nicht stark. Mit Eintritt krampfartige Unterleibsschmerzen. Befund: Magere, leidend aussehende Frau. Zunge belegt. Organe normal. Erosion der Portio vag. Eitriges Zervixsekret. Lig. recto-ut. sowie das seitliche Parametrium geschrumpft, sehr druckempfindlich. Fehlender Gaumenreflex. Fast ein Jahr nach der ersten Konsultation kam Pat. wieder, nachdem sie in der Zwischenzeit bei verschiedenen Ärzten gewesen und von ihnen behandelt worden war. Außer den früheren Beschwerden klagte sie jetzt noch häufigen Urindrang. Es war jetzt auch das Parazystium geschrumpft, druckempfindlich. Patientin kam im Laufe der nächsten vier Monate nur zweimal, so daß eine Behandlung nicht möglich war. Schließlich behauptete sie, ein Arzt habe gesagt, sie habe Gebärmutterkrebs, ein anderer, ein Eierstock sei bei ihr vereitert; ihr Mann habe sie angesteckt. Sie wollte jetzt viel erbrochen haben, klagte über quälenden Druck in der vorderen Harnröhre. Nachdem der Zervixkatarrh beseitigt war, wurde die Parametritis post. mit Vibrationsmassage behandelt mit dem Erfolg ganz kurzer Besserung. Dann Wiederauftreten sämtlicher früherer Beschwerden, zu denen sich noch Druck auf den Mastdarm, Krampf in demselben, Parästhesien u. a. m. gesellten. Pat. entzog sich dann weiterer Beobachtung.

Ob in diesen Fällen, welche ich, wie schon gesagt, der Parametritis atrophic. chron. Freunds zurechnen möchte, diese letztere tatsächlich die primäre Ursache der schweren nervösen Störungen, der Hysterie, gewesen ist, ist mir zweifelhaft. Wenn man sich der oft erheblichen Mühe unterzieht, bei Hysterischen eine genaue Anamnese aufzunehmen, d. h. ihrem psychischen Verhalten bis in die Kindheit nachzuforschen, so findet man fast immer, daß dieses schon frühzeitig kein normales gewesen ist. Jäh wechselnde Stimmungen, launisches Wesen, ein Aufbauschen kleiner Beschwerden, Sichgehenlassen diesen gegenüber, der Wunsch, sich interessant zu machen, bedauert zu werden, sind Züge, die die nächsten Angehörigen zu schildern wissen. Sehr oft ist die mütterliche Erziehung eine völlig verkehrte oder gar keine gewesen. Gar nicht selten sieht man auch bei Töchtern hysterischer Mütter

Digitized by Google

schon in den Kinderjahren dieselben hysterischen Erscheinungen, dasselbe psychische Verhalten wie bei diesen.

Eine Steigerung tritt meist mit den Pubertätsjahren ein, der Lebensperiode des Weibes, während der in ihm tiefgreifende, psychische Veränderungen vorgehen. Nun stellen sich hier als scheinbar körperliche Störungen die dysmenorrhoischen Beschwerden ein. Sie werden oft von den besorgten Müttern in die Töchter hineinexaminiert oder von diesen, ich möchte sagen, den Müttern nachgeahmt. Den schlagendsten Beweis, daß sie bei vielen — natürlich nicht allen — Mädchen nicht somatischen Ursprungs sind, erbringt die Tatsache, daß sie sehr oft nicht auftreten, wenn die jungen Mädchen verreist, auf Besuch sind. Einerseits können sie sich nicht gehen lassen, andererseits werden ihre Gedanken durch die neue Umgebung, neue Erlebnisse abgelenkt. Nach der Rückkehr in die für sie ungesunden häuslichen Verhältnisse stellt sich die Dysmenorrhöe prompt wieder ein.

Daß die Hysterie häufig in der Ehe eine Steigerung erfährt, ist eine bekannte Tatsache. Meist wird man in Erfahrung bringen, daß der verliebte und übertrieben rücksichtsvolle und besorgte junge Ehemann die hysterischen Erscheinungen bei seiner Frau erst noch zur Blüte gebracht hat, oder daß die Ehe keine glückliche ist.

Das alles sind psychische Momente. Untersucht man solche Frauen, auch schwerer hysterische, wenn sie noch nicht geboren haben, so findet man meist völlig normale Sexualorgane.

Es gibt also unfraglich eine Hysterie, welche, gänzlich unabhängig von pathologischen Zuständen der Genitalien, rein psychischen Ursprungs ist. Auch W. A. Freund*) will in seiner Parametritis atroph. diffusa nicht die, sondern nur eine Ursache der Hysterie sehen. Ich neige zu der Ansicht, daß sie überhaupt nicht als ätiologisches Moment in Betracht kommt, wohl aber, wie auch andere körperliche Erkrankungen, die schon vorhandene Hysterie steigern, bestehende Symptome derselben verschlimmern oder auch neue zum Ausbruch

*) a. a. O., S. 287.

Digitized by Google

bringen kann. Wir würden deswegen von ihrer Heilung, wenn sie möglich wäre, eine Heilung der Hysterie nicht erwarten dürfen. W. A. Freund*) betont, daß er eine Heilung der Param. atroph. diffusa nie gesehen habe, sondern nur langdauernden Stillstand oder langsames, von kurzen oder längeren Pausen unterbrochenes Vorwärtsschreiten. Auch in zwei der vorstehend kurz wiedergegebenen Fälle (3 und 4) konnte trotz aller therapeutischen Versuche nur das letztere erreicht werden. Von einer örtlichen Behandlung, auch von der mittels Vibrationsmassage, ist im Gegensatz zu der zirkumskripten nichts oder höchstens eine kurze, suggestive Besserung zu erwarten. Die Veränderungen im Beckenbindegewebe und im Nervensystem der Genitalien sind so vorgeschrittene, hochgradige, daß sie nicht rückgängig gemacht werden können. Nur dadurch ist den Kranken ihr Zustand erträglich zu machen, daß man, wie W. A. Freund**) sehr richtig bemerkt, die Widerstandskraft des Geistes und des Körpers erhöht. Hier ist das Moral Treatment, die methodische Abhärtung (Liebermeister), Hebung event. Veränderung der Allgemeinernährung (Mitchell und Playfair) am Platze. Das alles ist aber nur durch eine Anstaltsbehandlung möglich und wird selbst durch diese oft nicht erreicht, wie unser Fall 3 zeigt. Trotzdem soll man sie, wenn die Verhältnisse es irgend gestatten, bei dem trostlosen Zustand der Kranken, den schweren Störungen des Familienlebens durch sie, nicht unversucht lassen.

*) Ebenda, S. 283.
**) a. a. O., S. 286.

Digitized by Google

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Band I.

Heft 1. **Bokelmann**, Dr. in Berlin. Der gegenwärtige Stand der prophylaktischen Antisepsis in der Geburtshilfe und ihre Durchführbarkeit in der ärztlichen Privatpraxis. Preis ℳ 1,50.

„ 2. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Preis ℳ 1,20.

„ 3. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie Preis ℳ 1,20.

„ 4. **Brennecke**, Dr. Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete während der letzten Jahrzehnte. Preis ℳ 1,60.

„ 5. **Huber**, Dr. in Leipzig. Ueber Abortbehandlung. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Lange**, Dr. M., in Königsberg i. Pr. Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinomauteri. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Benckiser**, Hofrath Dr., in Karlsruhe. Ueber die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Behandlung der acuten Anaemie. Preis ℳ 1,—.

„ 8. **Müller**, Dr. **Rudolf**, Frauenarzt zu Markdorf in Baden. Die Influenza und ihre Beziehung zu den weiblichen Generationsorganen. Preis ℳ 1,80.

Band II.

Heft 1/2. **Kiermann**, Dr. **Arn.**, in Frankfurt a. M. Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Deciduoma malignum mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Preis ℳ 2,80.

„ 3. **Wild**, Dr. C. **von**, in Cassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. II. Auflage. Preis ℳ 0,80.

„ 4. **Winternitz**, Dr. **Eugen**, Privatdozent in Tübingen. Ueber Blutungen nach Abortus veranlasst durch Placentarpolypen und Endometritis. Preis ℳ 0,80.

„ 5. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Die Einwirkung des Diabetes mellitus auf die weiblichen Sexualorgane und ihre Funktionen. Preis ℳ 0,80.

„ 6/7. **Moericke**, Prof. Dr. R., in Stuttgart. Ueber Menstruation und Dysmenorrhoe. Preis ℳ 2,80.

„ 8. **Windscheid**, Prof. Dr. **Fz.**, in Leipzig. Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Preis ℳ 0,80.

Band III.

Heft 1. **Odebrecht**, Sanitätsrath Dr. **Ernst**, in Berlin. Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik. Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Flaischlen**, Dr. N., in Berlin. Die Alexander-Adams'sche Operation. Preis ℳ 0,60.

„ 3. **Flatau**, Dr. S., in Nürnberg. Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt. Preis ℳ 1,50.

„ 4/5. **Moericke**, Prof. Dr. **Robert**, in Stuttgart. Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. Preis ℳ 3,40.

„ 6. **Krönig**, Professor Dr., in Leipzig. Ueber Kystoskopie beim Weibe. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Graefe**, Dr. **Max**, in Halle a. S. Ueber Hyperemesis gravidarum. Preis ℳ 0,80.

„ 8. **Döderlein**, Prof. Dr., in Tübingen. Aetiologie und Anatomie der „Metritis cervicalis". Preis ℳ 0,60.

Band IV.

Heft 1. **Ekstein**, Dr. in Teplitz. Die ersten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis. (Geburtshilfliche Casuistik). Preis ℳ 1,—.

„ 2. **Torggler**, Prof. Dr. **Franz**, in Klagenfurt. Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. Preis ℳ 0,80.

„ 3. **Veit**, Prof. Dr. J., in Leiden. Ueber gynaekologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Preis ℳ 0,50.

„ 4. **Bumm**, Professor Dr. E., in Halle a. S. Ueber die chirurgische Behandlung des Kindbettfiebers. Preis ℳ 0,60.

„ 5. **König**, Dr. in Welsleben. Ueber Abtreibung der Leibesfrucht vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Preis ℳ 1,20.

„ 6. **Theilhaber**, Dr. A., in München. Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Preis ℳ 0,80.

„ 7. **Baumm**, Dr. P., in Breslau. Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. Preis ℳ 0,50.

„ 8a. **Sippel**, Prof. Dr. **Alb.**, in Frankfurt a. M. Uebe Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression. Preis ℳ 0,90.

„ 8b. **Walther**, Dr. H., Med.-Rath in Ettenheim. Ueber den Abortus mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der Landpraxis. Preis ℳ 0,90.

Band V.

Heft 1. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis. Preis ℳ 1,20.

„ 2. **Gräfe**, Dr. M., in Halle a. S. Wann bedarf eine Retroflexio uteri der Behandlung. Preis ℳ 0,60.

„ 3/4. **Keller**, Dr. C., in Berlin. Ueber den jetzigen Stand der Lehre der Tubenschwangerschaft. Preis ℳ 2,60.

„ 5. **Wegscheider**, Dr. M., in Berlin. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. ℳ 0,80.

„ 6. **Klix**, Dr., prakt. Arzt in Prechlau, Westpr. Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Preis ℳ 1,—.

„ 7. **Bokelmann**, Dr. W. Über die Anwendung des äusseren Druckes bei Schädellagen, Preis ℳ 1,—.

„ 8. **Winter**, Professor Dr. G., in Königsberg i. Pr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Preis ℳ 0,80.

Fortsetzung auf der 3. Umschlagseite.

Digitized by Google

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Digitized by Google

Digitized by Google